

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002673

ND: 51882

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2923 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAKHASSASS Rachid

Date de naissance : 01/07/1950

Adresse : Lots Oued Fes Rue L N°16 Fes

Tél. : 06 61 83 53 28 Total des frais engagés : 616,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Cala Le : 17/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>									
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient						
			Coefficient des travaux						
			Montant des soins						
			Début d'exécution						
			Fin d'exécution						
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	00000000 11433553	Montant des soins
H	G								
25533412 00000000	21433552 00000000								
D 00000000 35533411	00000000 11433553								
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis						
			Fin d'exécution						

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <u>LAKHSSASSI RACHID</u>	Mle <u>08923</u>
DECLARATION N° <u>P</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>DH 616,20</u>	<u>07</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 1

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>08923</u>
Nom & Prénom <u>LAKHSSASSI RACHID</u>		
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0661835328</u>	
Mail <u>rachid.lakhssassi.1947@gmail.com</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>LAKHSSASSI Rachid</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1/07/1950</u>	Date <u>08.12.20</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>GLAUCOME</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C2</u>		<u>G</u>
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>08/12/2020</u>
Montant de la facture		
<u>616,20</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Youssef BENABDELLAH  
Pharmacie Alami  
Lot Al Bahr Av Tetouan  
N° 309 M-44  
Tel : 05 39 66 37 66  
TWP: 162094183

Dr. Youssef Benabdellah

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLÔMÉ DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

الدكتور يوسف بنعبد الله

اختصاصي في أمراض

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة العنق والوجه

خريج جامعة بوردو

Tétouan, le 07-12-20 في تطوان،

LAUHSSASSI Rachid

54,10 x 2

1 - LARMABAK 0,9% (Liberty)

I yte + 3 f / j

127,00 x 4

2 - XALATAY 0,005% (Liberty)

I yte le 10/11 & 21/11

T = 616,20

Pharmacie Alami

Lot Al Bahr Av Tétouan

N° 300 M'diq

Tél : 05 39 66 37 66

Dr. Youssef BENABDELLAH

O.R.L

14, Rue Sidi El Mandri

Tél : 05 39 71 20 30 - Tétouan (62)

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouafi,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouafi,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00

LOT/EXP.:

CW4840

Y45043

05/2022

PPV 127DH00