

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Educateur :

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° M21- 0020993

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2923 Société : RAM 68293  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAKHASSI RACHID  
Date de naissance : 01/07/1950  
Adresse :  
Tél. : 06 61 83 53 28 Total des frais engagés : 407,20 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 22 / 04 / 2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

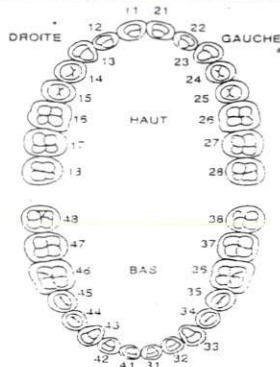
Coefficient

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution



### ODF. Prothèses dentaires

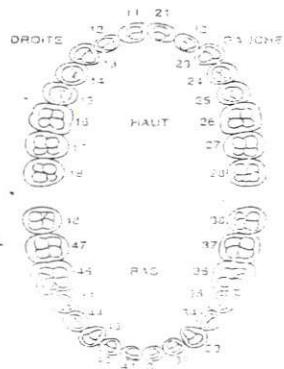
Détermination du coefficient  
masticatoire

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution



(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

### VOLET ADHERENT

NOM: LAKHSSASSI RACHID

Mle 2923

DECLARATION N°

P

[Redacted]



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

DA 407,20

05

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 2923

Nom & Prénom LAKHSSASSI RACHID

Fonction Retraité Phones 0661835328

Mail

MEDECIN

Prénom du patient LAKHSSASSI Rachid

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 61/17/1950 Date 21-3-21

Nature de la maladie HTA Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C2

1

G

PHARMACIE

Date 21/03/21

Montant de la facture

407,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Pharmacie Alami  
14 Rue Sidi Al Mardouh  
N° 300 M d'Al  
Tél : 09 39 66 37 66

Dr. Youssef Benabdellah

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLÔMÉ DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Sur Rendez-vous

الدكتور يوسف بن عبد الله

اختصاصي في أمراض

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة العنق والوجه

خريج جامعة بوردو

بالموعد

تطوان، في 21-03-21

u LAUHSSASSI Rachid

101, 80 x 4

COVERSYL 5mg

4 heures

14/1

T = 407, 20

Pharmacie Alami

Lot El Bahr Av Tétouan

N° 300 M'diq

Tel : 05 39 68 37 66

Dr. Youssef BENABDELLAH

O R L

14, Rue SIDI EL MANDRI

Tel : 05 39 70 19 96 - TETOUAN

101,80

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

101,80

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

101,80

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

101,80

**COVERSYL®**

Péridopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

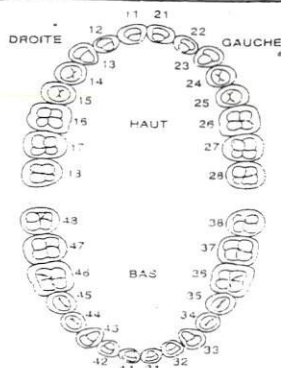
Veuillez joindre les radiographies au cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient



Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

## ODF. Prothèses dentaires

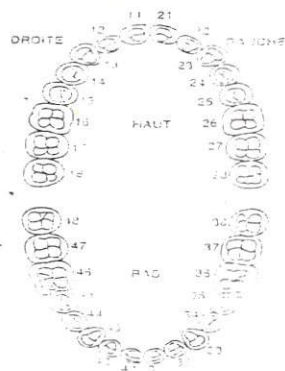
Détermination du coefficient  
masticatoire

Coefficient  
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin d'exécution



		H	
D	2553412	21433552	G
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.

VOLET ADHERENT

NOM: **AKHSSASSI RACHID**

Mle **2923**

DECLARATION N°

P

[REDACTED]



MUPRAS  
Mutuelle des Unipraticiens  
de la Région Algérienne  
20, Rue de la Liberté  
20, Rue de la Liberté

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**DA 407, 20**

**05**

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

**[Signature]**

**MUPRAS**Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

P 1

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2923
Nom & Prénom L FKHSSASSI RACHID		
Fonction Retraite	Phones 0661835328	
Mail		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient L FKHSSASSI Rachid		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 01/07/1950	Date 21/07/2010	
Nature de la maladie		Date 1ère vis	

HTA

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2	1	G

<b>PHARMACIE</b>	Date 21/03/2011
Montant de la facture	
407120	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date
Nombre				Montant Hr
AM	PC	IM	IV	