

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au rhédecin 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ttaire :

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.

ladie 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 caractériel personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

q

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2923 Société : RAM 68293

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAKHLAS RACHID

Date de naissance : 01/07/1952

Adresse :

Tél. : 06.61835328 Total des frais engagés : 407,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

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 canalaire, 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			
	H D 00000000 00000000 35533411	I G 21433552 00000000 11433553	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	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	DH 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		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2923	
Nom & Prénom LAKHSSASSI RACHID			
Fonction	Retraité	Phones 0661835328	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient LAKHSSASSI RACHID		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 01/07/1950
Nature de la maladie		Date 21-3-21	
		Date 1ère visite	
HTA			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cz	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	
Nombré		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

SEBABELLA
14, Rue Sidi AL HAMDI
Tétouan 33000
Tel : 09 39 66 37 66

Pharmacie Alami
1st Al Amri Av Tétouan
Tel : 09 39 66 37 66

Dr. Youssef Benabellah

الدكتور يوسف بنعبد الله

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLÔMÉ DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض

الأذن - الأنف - الحنجرة

جراحة العنق والوجه

خريج جامعة بوردو

بالموعد

Tétouan, le... ٢١-٠٣-٢١
تطوان، في

M. LA KHASSASSI Rachid

101, 80 x 4
COVERASYL 5 mg

4 hoiles

14/11

T = 407, 20

Pharmacie Alami
Lot Al Bahr Av Tétouan
N° 300 M'diq
Tél : 05 39 66 37 66

DR YOUSSEF BENABELLAH
ORL
14, Rue Sidi AL MANDH
TEL : 0539 29 99 99 - 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



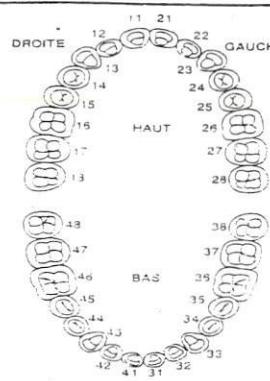
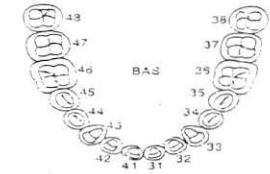
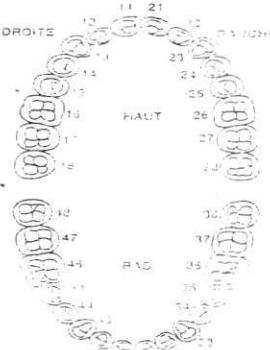
6 118000 100294

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 en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																																														
				<input type="text"/>																																														
				<input type="text"/>																																														
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																																														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">DROITE</td> <td style="padding: 5px;">11 21</td> <td style="padding: 5px;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">12</td> <td style="padding: 5px;">13</td> <td style="padding: 5px;">22</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">14</td> <td style="padding: 5px;">15</td> <td style="padding: 5px;">23</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">16</td> <td style="padding: 5px;">17</td> <td style="padding: 5px;">24</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">18</td> <td style="padding: 5px;">19</td> <td style="padding: 5px;">25</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">HAUT</td> <td style="padding: 5px;">26</td> <td style="padding: 5px;">27</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">28</td> <td style="padding: 5px;">30</td> <td style="padding: 5px;">31</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">BAS</td> <td style="padding: 5px;">32</td> <td style="padding: 5px;">33</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">34</td> <td style="padding: 5px;">35</td> <td style="padding: 5px;">36</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">37</td> <td style="padding: 5px;">38</td> <td style="padding: 5px;">39</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">40</td> <td style="padding: 5px;">41</td> <td style="padding: 5px;">42</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">43</td> <td style="padding: 5px;">44</td> <td style="padding: 5px;">45</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">46</td> <td style="padding: 5px;">47</td> <td style="padding: 5px;">48</td> </tr> </table>	DROITE	11 21	GAUCHE	12	13	22	14	15	23	16	17	24	18	19	25	HAUT	26	27	28	30	31	BAS	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>	H	21433552	D	00000000	G	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
DROITE	11 21	GAUCHE																																																
12	13	22																																																
14	15	23																																																
16	17	24																																																
18	19	25																																																
HAUT	26	27																																																
28	30	31																																																
BAS	32	33																																																
34	35	36																																																
37	38	39																																																
40	41	42																																																
43	44	45																																																
46	47	48																																																
H	21433552																																																	
D	00000000																																																	
G	00000000																																																	
35533411	11433553																																																	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins																																														
				<input type="text"/>																																														
				Date du devis																																														
				<input type="text"/>																																														
				Fin d'exécution																																														

VOLET ADHERENT	NOM : <i>LAKHSSASSI RACHID</i>	Mle <i>2923</i>
DECLARATION N°	P 	MUPRAS Société de Prévoyance du Maroc - Sécurité du Travail au Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<i>DH 407,00</i>	<i>05</i>
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		



A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 2923

Nom & Prénom LTKHSASSI RACHID

Fonction Retraité Phone 0661835328

Mail

MEDECIN

Prénom du patient LAKHSSASSI Rachid

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age 01/07/1950

Date 21

Date 1ère vis

Nature de la maladie

HTA

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C2

1

G

PHARMACIE

Date 21/10/2021

Montant de la facture

4071.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant

AM PC IM IV Hr