

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

tions 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.

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.

tique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

La 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

Nº M20- 0002672

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928 Société : 51861

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : UKHSSA85

la chud

Date de naissance : 01/07/1950

Adresse : lots oued fes Rue 4 N°16 fes

Tél. : 06 61 83 53 28

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : Casab

Le : 12/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

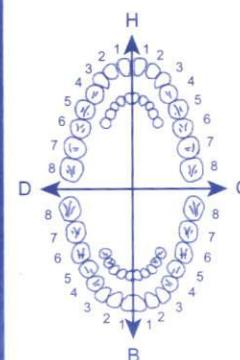
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prie 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													
 DROITE 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 GAUCHE 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire															
 DROITS 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 HAUT 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>															

VOLET ADHERENT	NOM : <i>LAKHSSASSI RACHID</i>	Mle 02923
DECLARATION N°	<i>[Signature]</i>	
MUPRAS	 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pieces Jointes
<i>DA 407,20</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		Mle 02923	 <i>407,20</i>												
Nom & Prénom : <i>LAKHSSASSI RACHID</i> Fonction : <i>Retraité</i> Phones : <i>0661 83 5328</i> Mail :															
MEDECIN	Prénom du patient : <i>Lakhsassi Rachid</i>														
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Age : <i>01/07/1950</i>		Date : <i>3-11-20</i>													
Nature de la maladie		<i>HTA</i>													
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances															
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires													
<i>C</i>	<i>1</i>	<i>C. YOUSSEF BENADDELLA</i> <i>14 RUE SIDI AL MANDHI</i> <i>TEL: 0539 66 37 66</i>													
PHARMACIE	Pharmacie Alami <i>20</i> <i>Lot Al Bahr Al Tétouan</i> <i>N° 300 M'diq</i> <i>0539 66 37 66</i>														
Pharmacie Alami <i>20</i> <i>Lot Al Bahr Al Tétouan</i> <i>N° 300 M'diq</i> <i>0539 66 37 66</i>		Pharmacie Alami <i>20</i> <i>Lot Al Bahr Al Tétouan</i> <i>N° 300 M'diq</i> <i>0539 66 37 66</i>													
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :													
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires														
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1"> <tr> <td>Nombre</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Nombre				AM	PC	IM	IV				
Nombre															
AM	PC	IM	IV												

Dr. Youssef Bénabellah

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 03.11.20

Mme LAUHSSASSI Rachida

101.800 H X 4

Coversyl 5 mg

1cp //

Dr. Youssef BENABDELLAH
14, Rue ORL
El bahr

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

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

Dr. Youssef BENABDELLAH
14, Rue SIDI AL MANDRI
Tétouan
Tel : 05 39 66 37 66

T = 401.200 H

كوفرسيل®
براندوبيريل أرجينين
30 جبة ملبيسة قابلة للكسر
5 ملغ

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إرشادات
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVRSYL®
Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80

كوفرسيل®
براندوبيريل أرجينين
30 جبة ملبيسة قابلة للكسر
5 ملغ

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إرشادات
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVRSYL®
Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80

كوفرسيل®
براندوبيريل أرجينين
30 جبة ملبيسة قابلة للكسر
5 ملغ

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إرشادات
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVRSYL®
Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80

كوفرسيل®
براندوبيريل أرجينين
30 جبة ملبيسة قابلة للكسر
5 ملغ

يؤخذ عن طريق الفم.
يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال.
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبيسة
على 5 ملغ من براندوبيريل أرجينين.
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبيسة
يحتوي على سكر الحليب أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال،
مضادات الاستعمال، إرشادات
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVRSYL®
Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables 5 mg

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80