

## 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.

### 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

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

N° M20- 0002672

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8923

Société :

51861

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAHASSASSI

Rachid

Date de naissance :

01/07/1950

Adresse :

lots oued Fes

Rue 4 n°16 Fes

Tél. :

06 61835328

Total des frais engagés :

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 :

Cala

Le :

17/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

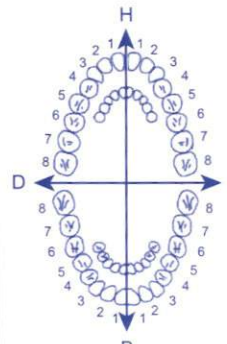
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>									
<p>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.</p>									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient						
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>						
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>						
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>						
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire							
	<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;">2553312 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D 00000000 3553311</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> </table>		H	G	2553312 00000000	21433552 00000000	D 00000000 3553311	00000000 11433553	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
	H	G							
	2553312 00000000	21433552 00000000							
	D 00000000 3553311	00000000 11433553							
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>							
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>							

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>LAKHSSASSI RACHID</u>	Mle <u>02923</u>
<b>DECLARATION N°</b> <u>P</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>DH 407,20</u>	<u>05</u>
<p><b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>          Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>		



P 1

DATE DE-DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>02923</u>
Nom & Prénom <u>LAKHSSASSI RACHID</u>		
Fonction <u>Retraité</u>	Phones <u>0661835328</u>	
Mail		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Lakhssassi Rachid</u>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>01/07/1950</u>	Date <u>3-11-20</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>HTA</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C</u>	<u>1</u>	<u>C</u>
<b>Pharmacie Alami</b> Lot Al Bahr A. Tétouan N° 300 M. diq Tél : 05 39 66 37 66		
<b>Pharmacie Alami</b> Lot Al Bahr A. Tétouan N° 300 M. diq Tél : 05 39 66 37 66		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date
Nombre AM    PC    IM    IV		Montant détaillé des Honoraires

Dr. Youssef Bénéabdellah

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLOMÉ 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

Tétouan, le 03.11.2010، تطوان،

LAUHSSASSI RACHID

101.800H XH

COVERSYL 5mg

1 cp / 1

Dr. Youssef Bénéabdellah  
O.R.L.  
14, Rue Sidi El Mandri  
Tétouan

Libaule

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

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

Dr. Youssef Bénéabdellah  
O.R.L.  
14, Rue Sidi El Mandri  
Tétouan

1 = 407.200H

5 ملغ

كوفرسيل®

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.  
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة  
على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.  
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة  
تحتوي على سكر الحليب أحادي  
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.  
الجرعة، دواعي الاستعمال،  
مضادات الاستعمال، احتياطات  
الاستعمال والآثار الجانبية :  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80

5 ملغ

كوفرسيل®

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.  
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة  
على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.  
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة  
تحتوي على سكر الحليب أحادي  
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.  
الجرعة، دواعي الاستعمال،  
مضادات الاستعمال، احتياطات  
الاستعمال والآثار الجانبية :  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80



5 ملغ

كوفرسيل®

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.  
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة  
على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.  
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة  
تحتوي على سكر الحليب أحادي  
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.  
الجرعة، دواعي الاستعمال،  
مضادات الاستعمال، احتياطات  
الاستعمال والآثار الجانبية :  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80

5 ملغ

كوفرسيل®

براندوبريل أرجنين

30 حبة ملبسة قابلة للكسر

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

يؤخذ عن طريق الفم.  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال.  
التركيب : تحتوي حبة واحدة ملبسة  
على 5 ملغ من براندوبريل أرجنين.  
السواغ: كمية كافية لكل حبة ملبسة  
تحتوي على سكر الحليب أحادي  
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.  
الجرعة، دواعي الاستعمال،  
مضادات الاستعمال، احتياطات  
الاستعمال والآثار الجانبية :  
اقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

30

Comprimés pelliculés sécables



40 x 40 x 65

101,80