

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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.

## Radiologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-654132

137068

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KH.NATI

TOURIA

Date de naissance :

Adresse : RES-IBN-SINA IMM. B1/3 APP. 49  
EXTENSION DAKHLA - AGADIR

Tél. : 06 60 95 85 88

Total des frais engagés :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

**Dr. SEFRAOUI Farid**

Gastro - Entérologue

Résidence Oumilil 4<sup>e</sup> Etage

N° 29 Bd. Hassan II - AGADIR

Tél: 0528823632 GSM: 061472149

**Dr. SEFRAOUI Farid**

Gastro - Entérologue 4<sup>e</sup> Etage

Résidence Oumilil 4<sup>e</sup> Etage

N° 29 Bd. Hassan II - AGADIR

Tél: 0528823632 GSM: 061472149

Cachet du médecin :

14

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'adhérent et au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-654132

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

### 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
14/9/2022	Cn	(	100%	INP : 041127135 Dr. SEFRAOUI Farid Gastro - Entérologue Résidence Oumill 4 <sup>e</sup> Etage N° 29 Bd. Hassan II - AGADIR Tél: 0528823632 GSM: 0691472149 041127135

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE + CEL Dr HAKIM MEHDY 1042 Tél: 05288238383 INPE: 0620280688 AP	14/9/2022	249.60

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]

# Docteur SEFRAOUI Farid

-Spécialiste de l'Appareil Digestif

-Diplôme de la Faculté de Médecine Dijon (France)

-Ancien Médecin Chef de service

Médecine interne CNSS Agadir

KH Nati

TOURIA



Agadir, le : 14/3/22 -

## Échographie Abdominale

- Foie:  
Hausse de taille normale
- Voies Biliaires:
  - VB: Biliaire élargi
  - VBP: Greve et dilat.
- Pancréas: Hausse de taille normale.
- Rate: Taille 10 cm Hausse
- Reins:
  - Rein droit: Kyste fibroïde 8x5 cm + hydrocystonephrose
  - Rein gauche: RNS
- Conclusion: Kyste renal droit + hydrocystonephrose droite.

652

0.7 0.8

14/09/2022 11:11



0 23 23

— — — — —

CHROMA

LOOP SPEED

PLAY/STOP

PANORAMIQUE

# Docteur SEFRAOUI Farid

- Spécialiste de l'Appareil Digestif
- Diplômé de la Faculté de Médecine Dijon (France)
- Ancien Médecin Chef de service Médecine interne CNSS Agadir



الدكتور الصفروي فريد

- اختصاصي في الجهاز الهضمي
- دبلوم كلية الطب ديجون (فرنسا)
- سابق رئيس قسم الطب الباطني
- الضمان الاجتماعي أكادير

Agadir, le ..... ١٤ / ١٠ / ٢٢ ..... في أكادير

KHNATI TANZIA -

Note d'absence

سهران (صالح وصالحة)

بعض الاختلاط +

الدواء ملائمة

  
Dr. SEFRAOUI Farid  
Gastro - Entérologue  
Résidence Oumilil 4<sup>e</sup> Etage  
N° 29 Bd. Hassan II - AGADIR  
tél: 0528823632 GSM: 0691472149

---

اقامة أو ملليل الطابق 4 رقم 29 شارع الحسن الثاني - أكادير  
Résidence Oumilil 4<sup>e</sup> étage N° 29 bd Hassan II - 80000 Agadir  
المحمول : 0528 823 632 - الهاتف : 0691 472 149

## Docteur SEFRAOUI Farid

- Spécialiste de l'Appareil Digestif
- Diplômé de la Faculté de Médecine Dijon (France)
- Ancien Médecin Chef de service Médecine interne CNSS Agadir

دكتور الصفراوي فريج

- اختصاصي في الجهاز الهضمي
  - دبلوم كلية الطب ديجون (فرنسا)
  - سابق رئيس قسم الطب الباطني
  - الضمان الاجتماعي أكادير

أكادير، في ١٢٢

KUTNÁ HORA

Tovaria

52.80

# Angular 2019

SV

2.  $\int x^2 \, dx$

14

8.50

Next is

1 6- 8 3 -

GW

98.80

Mon Feb 1<sup>st</sup> 1971

5

1950

Al jen de 5 we

249.60

~~Dr. SEFRAOUI Farid  
Astrologue~~

## إقامة أونلاين لدورة 29 شهادة الحسن الثاني - أكادير

Résidence Oumilil 4ème étage N°120 Bd Hassan II - 80000 Agadir  
0524 888 888 - 0524 472 142

المحمول: 0528 823 632 | المدير: 0691 472 149

POLYMEDEC

NEOFORTAN® 160 mg

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

PPV 98DH80  
EXP 04/2025  
LOT 23022 4

LOT:22018  
PER:11/2024  
PPV:52,80 DH

PPV 38DH50

EXP 04/2025  
LOT 10042 4

59,50

PPV 38DH50  
EXP 04/2025  
LOT 10042 4