

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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



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

Declaration de Maladie

N° W21-783038

155548

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12586 Société : DAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABERCHANE NARJISS
Date de naissance : 11/01/1997
Adresse : Résidence TAT NOUACEUR CH. 100 AL
Appt 23 NOUACEUR Casablanca
Tél. : 0662509646 Total des frais engagés : 627,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur SEFFAR M.J.
Lauréat de la Faculté de Paris
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
5 Rue Abou Faris El Marini Rabat
Tél: 05 37 70 91 45
INPE : 101126888 ICE : 001078828000035

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 MARS 2023
Nom et prénom du malade : ABERCHANE Narjiss Age : 1988
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Optique
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 : Rabat Le : 23/03/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

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
22 MARS 2023			300 d.t.	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMA 347, Rue d'Anisse, G Tel: 0537 56 INPE: 10 CE: 00051	22.03.23	329,50

[illegible][illegible]

ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">D</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px; text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	G								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	B									
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>								
		<p>DATE DU DEVIS</p>								
		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SEFFAR M.J.

LAUREAT DE LA FACULTE DE PARIS
SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF

Hépatogastro-entérologie
Vidéo-endoscopie - échographie abdominale
Proctologie médico-chirurgicale

Membre de l'Association Américaine
des Maladies du Foie (AASLD)

5, Rue Abou Faris El Marini (Place Piétri)
Rabat

Tél. : 05 37 70 91 45 / Fax : 05 37 73 60 54



الدكتور محمد جمال الصفار

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكي وجراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5, زنقة أبو فارس المريني - ساحة بيتري

الرباط

الهاتف : 05 37 70 91 45 / فاكس : 05 37 73 60 54

Rabat, le 12 Mars 2023

N. ALBERCAINE

Najis

144,5000

7 Zoegas (20mg)

1 gel au debut des repas

38,50

2 Neutral (4-3)

100mg Thopris 8 Zegs

329,50

Docteur SEFFAR M.J.
Laureat de la Faculté de Paris
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
5, Rue Abou Faris El Marini - Rabat
Tél. : 05 37 70 91 45
INPE : 101/28688 - ICE : 0016788/2800035
PHARMACIE ALAMOUNE
347, Rue Al Anissar, Guich Loudaya
Tél. : 0537560315
INPE : 102071941
ICE : 00052182100083

LOT 221251
EXP 04/2024
PPV 144.50DH

ZOEGAS 20mg
28 gélules



ICE : 00167

PPV 380H50

EXP 02/2025
LOT 10042 2

Neutral®
Suspension
buvable 250 ml



tral®
oxyde de magnésium

Anti-Acide

LOT 220446
EXP 01/2024
PPV 144.50DH

ZOEGAS 20mg
28 gélules



cas d'urgence : Clinique Agdal - Tél. : 05 37 611111 - الهاتف : مصحة أكدال - في حالة الإستعجال