

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-783038

AS5548

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12586		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionnée	<input type="checkbox"/> Autre :	NARJISS
Nom & Prénom : ABERCHANE		Date de naissance : 11/01/1997	
Adresse : Résidence TAJ NOUACEUR GHI SIMA		Tél. : 066 50 96 16 Total des frais engagés : 67,50 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Docteur SEFFAR M.J. Laureat de la Faculté de Paris Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 5 Rue Abou Faris El Marin Rabat Tél. : 05 37 70 91 45 INPE : 101126886 ICE : 00107862800035	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	22 MARS 2023
Nom et prénom du malade :	ABERCHANE Age : 19
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gonite
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 : 05/03/2023 Le : 05/03/2023

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
22 MARS 2023			300 dir	<p>DOCTEUR M. J. Paris          INSTITUT DE LA FACULTÉ DE          LA RÉHABILITATION DES MALADIES DE          SPÉCIALISTE DES MALADIES DE          L'APPAREIL DIGESTIF          5 RUE ABOU FARIS EL MARINI RABAT          TÉL: 05 37 70 91 45          INPIF: 101126688 ICF: 001678828000035</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....
16/08/2015	2015	.....	.....

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### 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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
<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**

**Docteur SEFFAR M.J.**

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

Hépato-gastro - enterologie  
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**

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكي و جراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5، زنقة أبو فارس المريني - ساحة بيترى

الرباط

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

Rabat, le 12.2 Mars 2023

*M. ABBERKANE*

*Najat*

*144,50 دج*

*و زوج (زوج)*

*igel au debut des repas (mots)*

*asos  
x 28fz*

*28.50*

*2 Neutral (h3)*

*100sage Thym 8 Zegz*

*32.50*

*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: 101128888 - ICE: 001678828000035  
ICE: 0005218210000083  
N°P.E: 1020171941  
Date: 05/2024  
Tél: 0331560315*

*LOT 221251  
EXP 04/2024  
PPV 144.50DH*

*ZOEGAS 20mg  
28 gélules*

*cas d'urgence : Clinique Agdal - Tél. : 05 37 66 66 66 - الهاتف : 66 66 66 66*



LOT 220446  
EXP 01/2024  
PPV 144.50DH



*Anti-Acide*

*في حالة الإستعمال : مصحة أكدال*