

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	01766	Société :	RAA
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND 95950
Nom & Prénom :		SEFFAR Red Rachid	
Date de naissance :		27-04-1953	
Adresse :		5, Lot Nezha Casablanca	
Tél. :		0661632379	Total des frais engagés : _____ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	SEFFAR Red Rachid Age: 70		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA + Diabète		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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 : Casablanca 21 JUIN 2013

Le : 29/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE BOUSSIR</i> 25, S. BOUSSIR, 492, Bis Bd. Panoramique (Le Plessis-Robinson - Beller) - Tel: 05 22 52 15 27	29/3/23	312,30

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient 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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[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

Docteur Madani SEFFAR

Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Nancy (France)

## Expert Assermenté Près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

3, AVENUE LALLA AMINA  
TABRIQUET - SALE (MAROC)

Tél Cabinet : 05-37-86-15-25

شارع للا أمينة  
تابريكت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le 29/03/23 سلا في 05

689-3

- Flicker 36 te

30,100 x 4

- Perplex 150

$$49,4 = \alpha 4$$

$\alpha^4$  Amp Thy Ubls

$$269 = \alpha^4$$

## Gemüse

49°, 2

~~Dermodal 26ti~~

7(2) 30

~~Top 50~~

Dr. Madani SEFFAR  
Médecin  
Diplômé de la Faculté de Nancy (France)  
8, Rue Daoura, Belvédère, Sétif  
Tél : 06 66 37 77 60

SV

AMEP® 5mg

56 comprimés



118000 081777

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

GEPRID® 1 mg

Glimépiride 30 comprimés

PROMOPHARM SA



6 118000 241454

Dermoval  
gel

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40,00 DH  
ID: 648365  
6 118000 161301

EXP 06/2023  
Lot 47656

68,90

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 40,00 DH  
ID: 648365  
6 118000 161301

EXP 09/2023  
Lot 47656

68,90

26,90

26,90

26,90

PERDEX® LP

30,10

PERDEX® LP

30,10

30,10

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777