

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

- 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° W21-697037

179013

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAHLOU RACHID

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : LOT LACOLLINE 2 N°10 CALIFORNIE CASA

Tél. : 0661159849 Total des frais engagés : 4401,10 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed SEFIANI
PEDIATRE
89, Avenue Stendhal 2ème Etage Appt. 6
Quartier Val Fleuri - Casablanca
Tél : 05 22 23 88 31 - Gsm : 06 61 17 25 18

Date de consultation : 08/10/2023

Nom et prénom du malade :

Age : 12 ans

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/10/23

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
08/10/23	Cp		30000	Dr. Ahmed SEFIANT PEDIATRE 29, Avenue Sheikh Mohammed VI - Etage Appt. 6 Quartier Val Fleuri - Casablanca Tél. 05 22 21 90 97 - Fax: 05 61 17 25 18

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARRI SARL AU Rue 1029 Ouled Said - Calmarque Tel 05 22 21 90 97 - Casablanca RC: 361421	03/10/23	non, non

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	

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 de l'OOF.																		
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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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														

Docteur Ahmed SEFIANI

PEDIATRE

Néonatalogie Nourrissons-Enfants



Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

89, Avenue Stendhal 2^{ème} Étage

Appt. 6 Quartier Val fleuri

Casablanca

Tél.: 0522 238 831 - Gsm : 0661 172 518

الدكتور أحمد السفياني

إختصاصي في أمراض

الرضع والطفل

خريج كلية الطب ببوردو

89، شارع ستندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 فال فلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0661 172 518 - 0522 238 831

Casablanca, le : 08/10/23 : الدار البيضاء, في

Enfant LAHOU Ismaïl

1 an, 2 mois

19.70

Apazise 1's

1 p x 3 / 24h

14.40

7 Dair par 100g 1's

1 p x 2 / j

67.70

3 Ultra-leve 1's

TS non. 1P Dr. Ahmed SEFIANI PEDIATRE 89, Avenue Stendhal 2ème Étage Appt. 6 Quartier Val Fleuri - Casablanca Tél.: 0522 238 831 - Gsm: 06 61 17 25 48

Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP :
صالح لغاية:

6837

04/22

04/25

BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

ULTRA-LEVURE 250 mg.
20 sachets



6 118001 310135

PPV 14DH70

PER 02/26

APAZIDE 200 mg
Nifuroxazide
16 gelules



6 118000 040064

14,40

PPV 14DH40
PER 02/26
LOT M707