

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

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](http://www.mupras.com)

ND 38588

## Déclaration de Maladie : N° S19-0000175

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12293

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL JAZZARI Hicham Date de naissance : 27.11.1981

Adresse : N°66 Rue El Bourat MAARIF Casablanca

Tél. : 06 61 87 22 49 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :



#### Date de consultation :

09/09/20

#### Nom et prénom du malade :

RB JAZZARI Age : 01 SEP. 2020

#### Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

#### Nature de la maladie :

Consultation MUPRAS

#### En cas d'accident préciser les causes et circonstances

03 SEP. 2020

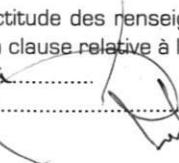
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 31.10.8 / 2020

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
01/07/2016	Consultation	1	600 Dhs	Dr. Ahmed SEFIANI PEDIATRIC SIDI STANISLAOS 1 <sup>er</sup> Etage App. 16 SIDI FLEURI - CASABLANCA TÉL: 0524 61 17 25 18

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

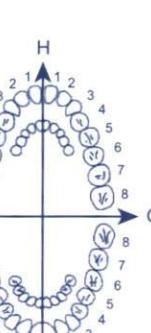
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																		
		<table border="1" data-bbox="1631 914 1833 1062"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		G		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
B																				
G																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur Ahmed SEFIANI

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
Néonatalogie Nourrissons - Enfants

89, Avenue Stendhal 2ème Etage Appt.6 Quartier Val Fleuri  
Casablanca

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



الدكتور احمد السفياني

اختصاصي في أمراض  
الرضيع والأطفال

خريج كلية الطب بيوردو

شارع سندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 فال فلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0522 238 831 / 0661 172 518

Casablanca, le ..... 02/07/20 ..... الدار البيضاء، في

375 B3 FAZZARI

1/ Soin des Yeux et du Nez : Unimer Unidose NaCl 9%  
26,00 - Eye drops x 4

2/ Tobrex Gold - 1 fl x 4 | 1 fl 500

3/ Soin de l'Ombilic

1/ 30 - Bacto Spray

300 - Eau de Spray

21,00 - Non-sterile Sterile (2)

4/ Ustensiles de Chirurgie  
72,00 - forceps 10/10cm

4/ Swing Tact (child)

Dr. SEFIANI AHMED  
PEDIATRE  
Spécialiste Maladies des Enfants  
89, Avenue Stendhal  
Casablanca Tél. : 022.23.88.31

PHARMACIE LA HORDE  
Leila Menjra  
89, Bd Abdelloumen  
Casablanca Tél. : 022.23.77.70

**Docteur Ahmed SEFIANI  
PEDIATRE**

Diplomé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
**Néonatalogie Nourrissons - Enfants**

89, Avenue Stendhal 2ème Etage Appt 6 Quartier Val fleuri  
Casablanca

Tél : 0522 238 831 - GSM : 0661 172 518

**الدكتور أحمد السفياني**

إخلاصي في أمراض  
الرضيع والأطفال

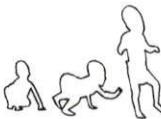
خريج كلية الطب ببوردو

شارع سنتال الطابق الثاني 89

الشقة رقم 6 قابل فلوري

الدار البيضاء

الهاتف 0522 238 831-GSM: 0661 172 518



Casablanca, le ..... 02/07/20 ..... الدار البيضاء في

Bob Sefiani

Assistance - Le Selan

Horizon : 60000 DH

Refé 602/07/20

Dr. SEFIANI Ahmed  
**PEDIATRE**  
Spécialiste Maladies des Enfants  
89, Avenue Stendhal  
Casablanca Tél.: 022.23.88.31