

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

- 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.

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° W19-533139

60133

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	01766	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid		
Date de naissance : 27.04.1953		
Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca		
Tél. : 0661632379		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Madani SEFFAR Médecin Diplômé de la Faculté de Nancy (France) 8, Rue Daoura, Bettana - Salé Tél : 06 86 37 77 60	
Cachet du médecin :	Dr. Madani SEFFAR Médecin Diplômé de la Faculté de Nancy (France) 8, Rue Daoura, Bettana - Salé Tél : 06 86 37 77 60
Date de consultation :	11/02/2020
Nom et prénom du malade :	Seffar Ned Rachid Age: 67 ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète
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 : 12.02.2020



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
11/12/2020	C	1	Gyf	 Dr. مadan السفاري Madani SEFFAR Médecin Diplômé de la Faculté de Nancy (France) 8, Rue Daoura, Bantang - Sale Tel : 06 66 37 77 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ROUSSEAU 49, Bis Bd Panoromique Montpellier	11/12/20	86,92

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

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

الدكتور المداني الصفار

خريج كلية الطب بباريس

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

شارع لا أمنية

تابريكت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le

11/12/2020

سلا في

N. Seffar N. Rachid

Diaformine liboel

2/j

SV

صيدلية الداليا
PHARMACIE DES DALIAS
Dr. S. BOUAFIHA BOUHAI
492, Bis Bd. Panoramique
Montrealien - Tél: 0522 527 560

الدكتور المداني الصفار
Dr. Madani SEFFAR

Médecin
Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
8, Rue Daouda, Bettana - Sale
Tél : 06 66 37 77 80

21,00
PFV 21DH00
PER 05/22
LOT 11382

Diaformine® 1000 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



21,00
PFV 21DH00
PER 09/22
LOT 12169

Diaformine® 1000 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041283

21,00
PFV 21DH00
PER 09/22
LOT 12167

Diaformine® 1000 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041283

21,00
PFV 21DH00
PER 07/22
LOT 11618

Diaformine® 1000 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés

6 118000 041283