

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.

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° W19-533137

60132

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAN	
Matricule : 01766			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : SEFFAR Ned Rachid	
Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid		Date de naissance : 27.01.1953	
Adresse : 5, lot Nézha Casablanca		Tél. : 0661632379 Total des frais engagés : DHS	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. M. SEFFAR	
Diplômé de la Faculté de Nancy (France) 8, Rue Daubour, Bâtiment B, Salle 60 - 54000 Nancy (France)	
Date de consultation : 12/21	Nom et prénom du malade : SEFFAR Ned Rachid
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : HTA + Diabète	
Age : 67 ans	
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'adhérente(e)

Le : 15.02.2021

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
12/2/21	C	1		<i>G.</i> Dr. Madani SEFFAR Diplômé de la Faculté de Nancy (France) 8, Rue Daouara, Bettania - Saïte Tél : 06 86 37 77 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES DALAS</i> Dr. M. DAHMANI - Tél. 0522 52 75 60 492, Bis, Bd Panoramique Montpellier - Tel: 0522 52 75 60	18/02/21	8536

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered				

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 المدنى الصفار

خريج كلية الطب بنانسى

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

مشروع للاطهنة

تابيركت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le

12/2/2021

سلا في

N = Seffar N° ٢٠٢١

SV

199,- x 4

- Ref formine 1000 u fols

1 - 1 - 1

97,70 x 4

A mep SV 500 mg

1 cp - on

269,- x 4

Gepid SV

1 cp / i

689,- x 4

Fludex 1P 2,5 mg

1 cp -

853,60

~~PHARMACIE DES DALAS~~
~~Dr. S. BOUSTHA BOUHLAL~~
~~492, Bis, Bd. Panoramique~~
~~(Montpellier) Tel.: 0522 527560~~

الدكتور المدنى الصفار
Dr. Madani SEFFAR
Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
8, Rue Daboura - Battana - Salé
Tél : 05 37 77 60

PPV

Voir Verso

GEPRID® 1 mg

Glimépiride

30 comprimés

PROMOPHARM SA



GEPRID® 1 mg

Glimépiride

30 comprimés

PROMOPHARM SA



GEPRID® 1 mg

Glimépiride

30 comprimés

PROMOPHARM SA



AMEP® 5mg

56 comprimés



AMEP® 5mg

56 comprimés



AMEP® 5mg

56 comprimés



GEPRID® 1 mg

Glimépiride

30 comprimés

PROMOPHARM SA



METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



METFORMINE WIN 1000MG

CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



AMEP® 5mg

56 comprimés



FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée



FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée



(50 X 20 X 114) mm

26,90

26,90

26,90

26,90

97,70

97,70

FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée



68,90

68,90

(50 X 20 X 114) mm

97,70