

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-533137

60132

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (€) : RAN

Matricule : 01766 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid

Date de naissance : 27.01.1953

Adresse : 5, lot Nezha Casablanca

Tél. : 0661632379 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/21

Nom et prénom du malade : Seffar Ned Rachid Age : 67 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + 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 :

Le : 15/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
12/2/21	C	1	9	<p>1011216614</p> <p>الدكتور المدني سيفار</p> <p>Dr. Medani SEFFAR</p> <p>Medecin</p> <p>Diplômé de la Faculté de Nancy (France)</p> <p>8, Rue Daoura, Bettana - Salé</p> <p>Tél : 06 66 37 77 60</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE DES DALIAS</p> <p>Dr. 22708 - 11A BOUHLAL</p> <p>492, Bis. Bd. Panoramique</p> <p>(Montpellier) - Tél: 0522 52 73 60</p>	12/2/21	8536

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			

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 المدني الصفار

خريج كلية الطب بنانسي

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

شارع اللامينة

تابريكت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le 12/2/2021 سلا في

N= Seffa N° Rachid

1999 x 4

Nel formine 1000 k baits

1 - 1 - 1

97,70 x 4

A mep 5 SV boots 5

1 4

26,90 x 4

Gepid

68,90 x 4

Fludox

853,60

1 4

PHARMACIE DES DALIAS  
Dr. S. BOUSTHA BOUHLAL  
492, Bis. B.I. Panoramique  
(Antepellier) - Tél.: 0522 52 75 60  
الدكتور المدني الصفار  
Dr. Madani SEFFAR  
Médecin  
Diplômé de la Faculté de Nancy (France)  
8, Rue Dabura, Bettana - Salé  
Tél : 05 37 77 60

PPV

voir verso



GEPRID® 1 mg

Glimepiride

30 comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241454

GEPRID® 1 mg

Glimepiride

30 comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241454

GEPRID® 1 mg

Glimepiride

30 comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241454

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

GEPRID® 1 mg

Glimepiride

30 comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241454

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777

FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

FLUDEX® LP

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

(50 X 20 X 114) mm

(50 X 20 X 114) mm