

## 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.

### Reéducation :

- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-626111

88221

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>5044</b>			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KERDOUN MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <b>12-06-63</b>			
Adresse : <b>KERDOUN9@GMAIL.COM</b>			
Tél. : <b>0661193876</b>	Total des frais engagés : <b>1185,20 Dhs</b>		
Docteur SEFFAR M.J. Lauréat de la Faculté de Paris Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif 5, Rue Abou Faris El Marini-Rabat Tél.: 05 37 70 91 45			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>16 Juil. 2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>ABER CHAIB</b>			
Age : <b>192</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>gastro-entérite</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>accident</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : **16 Juil. 2021**  
Signature de l'adhérent(e) : **B.K.**

Le DOCTEUR SEFFAR M.J.  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
5, Rue Abou Faris El Marini-Rabat  
Tél.: 05 37 70 91 45

ACCUEIL

16 Juil. 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
16 Juil 2021			5000	<i>DR. SEFFAR M. J. DENTISTE DE LA FACULTÉ DES DENTS L'Appartement des Malades de Rabat Rue Abou Farid Diesset Tél.: 0537 709145</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE INDIGO IMANE REHOUUI Km 17, Av Med VI El Menzeh - Temara	16/07/2021	885,20
		PHARMACIE INDIGO IMANE REHOUUI Km 17, Av Med VI El Menzeh - Temara
		INPE : 102104080

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

VOLET ADHÉRENT

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.																	
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'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21423552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21423552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21423552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>(Création, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	(Création, remont, adjonction)	D	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	G		B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
	H	(Création, remont, adjonction)															
	D	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
	G																
B																	
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION												

الدكتور محمد جمال الصفار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكي وجراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5، زققة أبو فارس المريني - ساحة بيترى

الرباط

الهاتف : 05 37 73 60 54 / فاكس : 05 37 70 91 45

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

PHARMACIE INDIGO  
IMANERGUIOU  
Km 17, AV MED VIENNE Benzeh - Temara  
INPE: 1021040

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

LOT 200877  
EXP 04/2022  
PPV 144.50D

Docteur SEFFAR M.J.

LAUREAT DE LA FACULTE DE PARIS  
SPECIALISTE DES MALADIES DE  
L'APPAREIL DIGESTIF

Hépato-gastro - enterologie  
Vidéo-endoscopie - échographie abdominale  
Proctologie médico-chirurgicale

Membre de l'Association Américaine  
des Maladies du Foie (AASLD)

5, Rue Abou Faris El Marini (Place Piétri)  
Rabat

Tél. : 05 37 70 91 45 / Fax : 05 37 73 60 54



Rabat, le ..... 16 Juil 2021

A. ABBERCHANE y Kaderk

Köle

mu.50X4

y Zoegas (Zoep)

custis

Afel

Zoe

21,00 X4

en dekuo

y Libax

y lesos x 5j/wk

Afes syo

y adi ekos x 2wks

38.50 X3

38,90 x 3

b) Inductos (h-3)

2 caisse 15 m. each

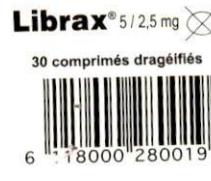
Alfajur / nos x 2

Total: 885,20

Docteur SEFFAR M.J.  
Lauréat de la Faculté de Paris  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
5, Rue Abou Faris El Marnni-Rabat  
Tel.: 05 37 70 91 45

PHARMACIE INDIGO  
IMANE DGUIOU  
km 17, av Med VI El Menzeh - Temara  
INPE: 10210408

la notice intérieure.



LOT: 21160 PER: 04/2024  
PPV: 21,00 DH

la notice intérieure.

**Librax® 5/2,5 mg**

30 comprimés dragéifiés



LOT: 21160 PER: 04/2024  
PPV: 21,00 DH

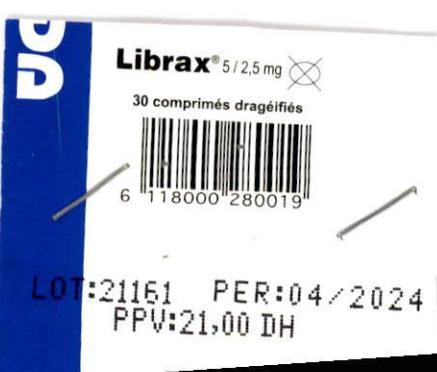
PPV 38DH50

EXP 09/2023  
LOT 06061 6

**Neutral®**

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide**  
**Suspension buvable 250 ml**



PPV 38DH50

EXP 02/2024  
LOT 00038 6

**Neutral®**

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide**  
**Suspension buvable 250 ml**

LOT :

PER :

PPV :

35,90

**Flacon de 250 ml  
de suspension**

Induction

LOT :

PER :

PPV :

35,90

**Flacon de 250 ml  
de suspension**

Induction

LOT :

PER :

PPV :

35,90

**Flacon de 250 ml  
de suspension**

Induction