

## 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, parodontologie 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-626111

88221

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN@GMAIL.COM

Tél : 0661193876 Total des frais engagés : 1185,20 € Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 Jul 2021

Nom et prénom du malade : ABER CHAHINE Age : 19/2

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e) ☐ 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

16 Jul 2021



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
16 Juin 2021				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Surceat SEFFAR M.S.</p> <p>Spécialiste de la Faculté de Médecine</p> <p>1<sup>er</sup> Appart. des Méd. dr.</p> <p>Rue Abou Farid Djénia</p> <p>Tél.: 09 21 51 51 51</p> </div> <div> <p>Signature</p> </div> </div> </div>

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

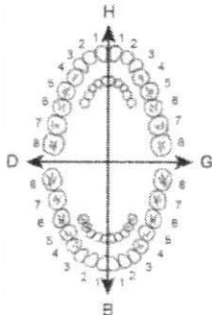
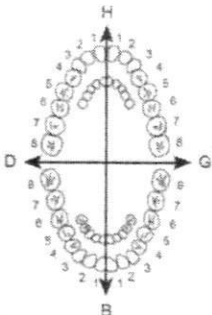
[illegible][illegible]

# 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"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35033411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35033411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35033411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**WET ADHERENT**

Docteur SEFFAR M.J.

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

Hépatogastro-entérologie  
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

la notice intérieure.

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21160 PER:04/2024  
PPV:21.00 DH

الدكتور محمد جمال الصفار

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكي وجراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5. زنقة أبو فارس المريني - ساحة بيتري

الرباط

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

Rabat, le 16 Juil 2021

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

PHARMACIE INDIGO  
IMANE ROUILOU  
Km 17, Av. Med. VI El Menzeh - Temara  
INPE : 1021040

LOT 201061  
EXP 05/2022  
PPV 144.50DH

LOT 200877  
EXP 04/2022  
PPV 144.50DH

A. ABERCHANE & Soudouk

Scile

211.50X4

7 Zoepas (Loep)

spet < metus on de huto

21.00X4

7 Librax

Après 14 fois x 5 fois

38.50X3

3 Neutrol (45)

Neutrol x 2

two days 10h/16h

ICE : 001678828000035

في حالة الإستعجال : مصحة أكدال - الهاتف : 05 37 67 77 77



35,90 x3

1) Inductos (1-3)

2 cœge 15m each

Hyfury/mes 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 Marini-Rabat  
Tel.: 05 37 70 91 45

PHARMACIE INDIGO  
IMANE DEJOUJ  
Km 17, Av. Abd VI El Menzeh - Temara  
INPE: 10210408

PPV 38DH50

EXP 09/2023  
LOT 06061 6

**Neutral**<sup>®</sup>

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide**  
Suspension buvable 250 ml

PPV 38DH50

EXP 02/2024  
LOT 00038 6

**Neutral**<sup>®</sup>

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide**  
Suspension buvable 250 ml

la notice intérieure.

**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

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

la notice intérieure.

**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

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

**Librax**<sup>®</sup> 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21161 PER:04/2024  
PPV:21,00 DH

PPV 38DH50

EXP 03/2024  
LOT 11039 6

**Neutral**<sup>®</sup>

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

**Anti-Acide**  
Suspension buvable 250 ml

LOT :

PER :

PPV :

35,90

**Flacon de 250 ml  
de suspension**

Indurctam

LOT :

PER :

PPV :

35,90

**Flacon de 250 ml  
de suspension**

Indurctam

LOT :

PER :

PPV :

35,90

**Flacon de 250 ml  
de suspension**

*Indurctam*