

## 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-666018

101178

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN NOHANNES

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL.COM

Tél. : 06 61 19 3876 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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.: 06 37 70 91 45

Cachet du médecin : 23 Dec 2021

Date de consultation : 19/01/2028

Nom et prénom du malade : ABDELKARIM Kerdoun Age : 1972

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

Nature de la maladie : Goutte biliaire

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 : RABAT

Le : 19/01/2028

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-666018

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



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
12-3 Dec 2021	G		300 M	INF : 10/126688 Docteur SEFFAR M Lauréat de la Faculté Spécialiste 5, Rue l'Appel des

**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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.12.21	434,90

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
		A M	P C	I M	I V	

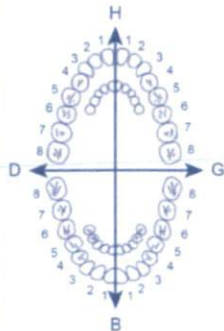
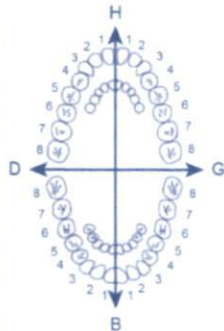
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canaux, 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<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 PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur SEFFAR M.J.

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

Hépto-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



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 23 Dec 2021

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
640150MP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

PHARMACIE AV. Med VI  
Av. mohammed VI, Km 17  
EL Menzeh - Temara  
INPE : 102091022  
Tel : 0537 01 10 57

M. ABRECHANE y Kerdown

82.10 x 3

Leik

y Thedius (200g)

rep au debut of rep (weeks)  
28.50 x 3

y Thudine or Thopshufel

Hecker Th qus 1 up

10h/16h. 16fouj

Libra 14 g/s deus x 28 fouj

PHARMACIE AV. Med VI  
Av. mohammed VI, Km 17  
EL Menzeh - Temara  
INPE : 102091022  
Tel : 0537 01 10 57

En cas d'urgence : Clinique Agdal - Tel. : 05 37 67 77 77 : الهاتف - مصحة أكدال - في حالة الإستعجال



PPV : 28DH50

PER : 08-23

LOT : J1582

**Indications  
thérapeutiques**

Traitement symptomatique  
des manifestations douloureuses  
au cours des affections  
œso-gastro-duodénales

**Mode et voie  
d'administration**

Voie orale  
Réservé à l'adulte et à l'enfant  
de plus de 6 mois

**Ne pas laisser à la portée  
des enfants**



**Isudrine®**

Phosphate d'Aluminium  
et Oxyde de magnésium lourd

12 sachets, dose buvables



6



PPV : 28DH50

PER : 08-23

LOT : J1582

## Indications thérapeutiques

Traitement symptomatique  
des manifestations douloureuses  
au cours des affections  
œso-gastro-duodénales

## Mode et voie d'administration

Voie orale  
Réservé à l'adulte et à l'enfant  
de plus de 6 mois

**Ne pas laisser à la portée  
des enfants**



**Isudrine®**

Phosphate d'Aluminium  
et Oxyde de magnésium lourd

12 sachets, dose buvables



6



PPV : 28DH50

PER : 08-23

LOT : J1582

## Indications thérapeutiques

Traitement symptomatique  
des manifestations douloureuses  
au cours des affections  
œso-gastro-duodénales

## Mode et voie d'administration

Voie orale  
Réservé à l'adulte et à l'enfant  
de plus de 6 mois

**Ne pas laisser à la portée  
des enfants**



**Isudrine®**

Phosphate d'Aluminium  
et Oxyde de magnésium lourd

12 sachets, dose buvables



6 118000 040460

**Librax®** 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

LOT:21242 PER:08/2024  
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**  
par les laboratoires **Steripharma**  
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable