

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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	5044	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KERDOUEN NOHANNED		
Date de naissance : 12-06-63		
Adresse : KERDOUEN 3 @ GMAIL.COM		
Tél. :	06 61 19 3876	Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du 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
Date de consultation :	23 Decembre 2021
Nom et prénom du malade :	ABDELLAH YOUSSEF Age : 52
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Goutteuse bilieuse
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 : 19/01/2022

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 :

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
3 Decembre 2021 G			300.00	INP : 101186688 Docteur SEFFA Laureat de la Faculte Spécialiste de l'A 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
JARNAJACIE AV métaminozéthamidine VI. buccal 200 mg bouteille de 100 05/07/2021	23.11.21	434,90

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	

VOLET ADHERENT

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

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"/>	
				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"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

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



الدكتور محمد جمال الصفار

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكي وجراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5، زنقة أبو فارس المريني - ساحة بيترى
الرباط

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

Rabat, le 23 Dece 2021

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14 640150MP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoi al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14 640150MP/21NRO 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

82.10 x 3

Leik

y Tredimus (200g)

28.50 x 3

y Potadine av Chosphofol

Neeket Th gey - 7 24g

108/116g. Myay

Lihox 14 gr deas x 28 puy
PHARMACIE AV .Med VI
Av.mohammed VI : 061678828000055
EL Menzeh - Temara

Total : 1431.90

En cas d'urgence : Clinique Agdal - Tel. : 05 37 67 77 77 - الهاتف : مصحة أكدار

05 37 70 91 45



Indications thérapeutiques

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

Mode et voie d'administration

Voie orale

Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 mois

Ne pas laisser à la portée des enfants

PPV : 28DH50

PER : 08-23

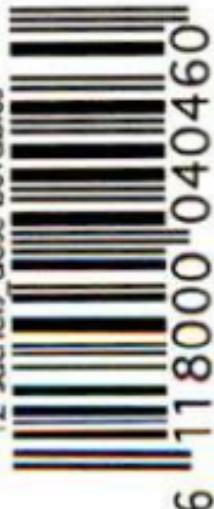
LOT : J1582



Isudrine®

Phosphate d'Aluminium et Oxyde de magnésium lourd

12 sachets dose buvables





Indications thérapeutiques

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

Mode et voie d'administration

Voie orale

Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 mois

Ne pas laisser à la portée des enfants

PPV : 28DH50

PER : 08-23

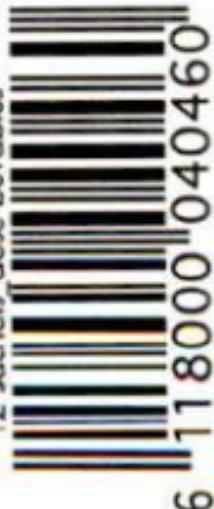
LOT : J1582



Isudrine®

Phosphate d'Aluminium et Oxyde de magnésium lourd

12 sachets dose buvables





Indications thérapeutiques

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

Mode et voie d'administration

Voie orale

Réserve à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 mois

Ne pas laisser à la portée des enfants

PPV : 28DH50

PER : 08-23

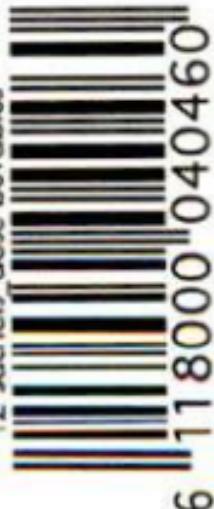
LOT : J1582



Isudrine®

Phosphate d'Aluminium et Oxyde de magnésium lourd

12 sachets dose buvables



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