

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 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° W21-666020

20206

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : 5044 | Société : RAN | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : KERDOUN | | |
| Date de naissance : 12-06-63 | | |
| Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM | | |
| Tél. : 06 61 19 38 76 | Total des frais engagés : 1060,90 Dhs | |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Docteur SEFFAR M.I.
 Lauréat de la Faculté de Paris
 Spécialiste des Maladies de
 l'Appareil Digestif
 5, Rue Abou Faris El Marin, Rabat
 Tel. : 05 37 70 91 45

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 19 NOV 2021
 Nom et prénom du malade : ABDERKARIM et KERDOUN Age : 58
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : constipation
 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) : KERDOUN

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-666020

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 : 5044
 Nom de l'adhérent(e) : KERDOUN
 Total des frais engagés : 1060,90
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/11/21 | C2 | | 300 DHT | INP : 10126639 Docteur SAFARI Lauréat de la Faculté de Paris Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif Rue Abou Faris El Marini-Rabat Tel.: 05 37 70 91 45 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AV. Med VI Av. Mohammed VI, Km 17 Menzel Temara TPE : 102091022 Tel : 0537 01 10 57 | 11.11.21 | 257.60.90 |

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

| 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 | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--------------------------------------|
| | | | | INP : [REDACTED] |
| | | | | Coefficient des travaux : [REDACTED] |
| | | | | Montants des soins : [REDACTED] |
| | | | | Début d'exécution : [REDACTED] |
| | | | | Fin d'exécution : [REDACTED] |
| | | | | Coefficient des travaux : [REDACTED] |
| | | | | Montants des soins : [REDACTED] |
| | | | | Date du devis : [REDACTED] |
| | | | | Date de l'exécution : [REDACTED] |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



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

إخلاصي في أمراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بباريس

فبرسيكي وجراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

5، زنقة أبو فارس المربيني - ساحة بيترى
الرباط

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

Rabat, le 11 Nov 2021

LOT 210220
EXP 09/2022
PPV 82.10DH

Aberchane et Kerdaw
Leile

LOT 200702
EXP 02/2022
PPV 82.10DH

LOT 20013
PERIODYS 1MG/ML
SUSP BUV F200ML
P.P.V:37DH10
6 118000 011255

LOT 200877
EXP 04/2022
PPV 144.50DH

LOT 210220
EXP 09/2022
PPV 82.10DH

39,10x2 19 - Lendis (h2)
Lioçéf No'orah 8 39

LOT 210221
EXP 09/2022
PPV 144.50DH

PHAKNIACTE AV. MED VI
AV. MOHAMMED VI, KM 17
EL Menzeh - Temara
INPE: 102091022
Tél: 05 37 01 10 87

21,00 Zopos (long)

LOT:21249 PER:06/2024
PPV:21,00 DH

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. :40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. :40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
6 118001 100293

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

40,40x2 19

Retrosymal Jeel a
ICE: 001678828000035

في حالة الاستعمال: مصحة أكادال - الهاتف: 05 37 67 77 77

4) 49⁶⁰ I-line 100.000

PPV: 49,60 DH
DT: 21G28
EP: 07/2024

Roley / his x 3.

Total: 4699

Docteur SEFFAR M.J.
Lauréat de la Faculté de Paris
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
1, Rue Abou Farès El Marini-Rabat
Tél.: 05 37 70 91 45

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