

# 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, 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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

M22- N° 004298

119151

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 876,00 Dhs

### 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. : 05 37 70 91 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 107 Juin 2022

Nom et prénom du malade : KERDOUN MOHAMMED Age : 1912

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

Nature de la maladie : gastrite / colite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 15/06/22

Signature de l'adhérent(e) : KA

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 Dénombrement des Actes
07 Juin 2022			3000	<p> <b>Docteur SEFFAR M.J.</b>                      Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif                      5, Rue Abel Farris El Marini-Rebat                      Tél: 05 37 70 91 45                 </p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> <b>PHARMACIE AV. 1020</b>                      Av. Mohammed VI, Km 17                      EL Menzeh, Ghardaïa                      INPE : 102041022                      Tél: 05 37 01 10 57                 </p>	07.06.22	576,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

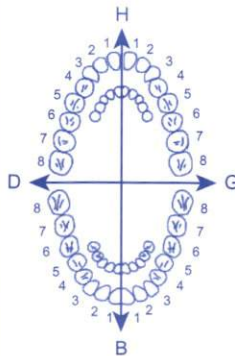
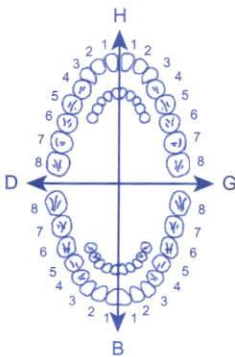
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

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. زنتة أبو فارس المريني - ساحة بيتري

الرباط

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

Rabat, le 07 Juin 2022

N° ABELKANE

144,50 x 3

Loile ep- KEDOUH

1/ Zogel (Zoug)

21.00 x 3

zel le ushe

2/ Libra 14 gys d'ing

49.50

3/ CARBONNE (4.2)

Docteur SEFFAR M.J.  
Laureat 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

Zet 108/105 Hfar

PHARMACIE AV. Mohamed VI  
Av. Mohammed VI - Km 17  
EL Menzeh - Temara  
INPE : 102091022  
Tél : 0537 91 10 57

1266  
5710/182

x 200

ICE : 001678828000035

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



**Carboxane**  
Boîte de 30 comprimés

LOT: 210932  
PER: 01/2025  
PPC: 79,50 DH

LOT 220445  
EXP 01/2024  
PPV 144.50DH

LOT 211966  
EXP 10/2023  
PPV 144.50DH

LOT 211966  
EXP 10/2023  
PPV 144.50DH

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

**Librax**® 5/2,5 mg   
30 comprimés dragéifiés

  
6 118000 280019

LOT:22033 PER:03/2025  
PPV:21,00 DH

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

**Librax**® 5/2,5 mg   
30 comprimés dragéifiés

  
6 118000 280019

LOT:22033 PER:03/2025  
PPV:21,00 DH

la notice intérieure.

**Librax**® 5/2,5 mg   
30 comprimés dragéifiés

  
6 118000 280019

LOT:22033 PER:03/2025  
PPV:21,00 DH