

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	01766	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Ned Rachid
Nom & Prénom :		SEFFAR Ned Rachid	
Date de naissance :		27.01.1953	
Adresse :		5, lot Nezha Casablanca 251550	
Tél. :	0661632379	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	 <p>Dr. Madani SEFFAR Médecin Diplômé de la Faculté de Nancy (France) Rue Daours, Bettania - Salé Tél : 06 66 37 77 60</p>		
Date de consultation :	01.02.2024		
Nom et prénom du malade :	SEFFAR Ned Rachid		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HTA + obésité		
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Le : 01.02.2024

Signature de l'adhérent(e) :

RÉLEVE 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
01/2/24	C	5	95.	SEFFAR La Fauville de Nericy (France) Tél : 06 66 37 76 60 - Sale
				101126617

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/02/24	102,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Madani SEFFAR

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Nancy (France)

Expert Assermenté Près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

3, AVENUE LALLA AMINA
TABRIQUET - SALE (MAROC)

Tél Cabinet : 05-37-86-15-25

Diaformine® 1000 mg
Metformine

PPV 21DH00
PER 05/26
LOT M150A

PPV 21DH00
PER 05/26
LOT M1504

6118000041285

شارع لا أمينة
تابريكت - سلا

هاتف العيادة : 05-37-86-15-25

Salé, le

01/02/24

سلا في

N° SEFFAR N°^e Recette

21,00x4

- Diaformine 1000 libaire SV

1 CV/;

26,90x4 Gepid 1mg

libaire SV

1 CV/;

30,10x4

Perclor

libaire SV

97,70x4 I-9/;

A mep 5

libaire SV

102180 1 CV/;

Dr. MADANI SEFFAR
Diplôme de la Faculté de Médecine de Nancy (France)
Rue Tétouan, 06 861 S. BOUSSHA BOUHLAL
S. BOUSSHA BOUHLAL
492 BP 9 Panoramique
Casablanca 22 27 580

PHARMACIE DES DALIAS
S. BOUSSHA BOUHLAL
492 BP 9 Panoramique
Casablanca 22 27 580

GEPRID® 1 mg
Glimépiride 30 comprimés
PROMOPHARM S.A.

26,80

GEPRID® 1 mg
Glimépiride 30 comprimés
PROMOPHARM S.A.

26,80

GEPRID® 1 mg
Glimépiride 30 comprimés
PROMOPHARM S.A.

26,80

PERDEX® LP
30 comprimés pelliculés à
Libération Prolongée

30,10

PERDEX® LP
30 comprimés pelliculés à
Libération Prolongée

30,10

فید لیث و ساربا
PHARMACIE DES DALIAS
3r. S. BOUSFIHA BOUHLAL
492, Bis Bd. Panoramique
ت: 0522 527 560

AMEP® 5mg

37,70

6 118000 081777

AMEP® 5mg

37,70

AMEP® 5mg

37,70

6 118000 081777

AMEP® 5mg
56 comprimés

32,70

30,10