

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.

M22- 0059674

197505

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KERDOUIN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-1963

Adresse : KERDOUIN g @ GMAIL .com

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 1154,00 Dhs

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. : 05 37 70 91 45

INPE : 101126688 ICE : 001678828000035

Date de consultation : 12-2 Janv 2024 Nom et prénom du malade : KERDOUIN MOHAMMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : MARA

Le : 04-10-3-2024

Signature de l'adhérent(e) : KZ

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
22 Janv. 2024	Ca	1	30000	 Dr. SEFFAR Médecin de la Faculté Universitaire des Marocaines Rue Abdou Farid Tel: 0524 26688 N° PSC: 1011230688

EXECUTION DES ORDONNANCES

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

tionnel. 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 MEDECINE 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)

Tél.: 05 37 70 91 45 / Fax : 05 37 73 60 54



الدكتور محمد جمال الصفار

الخصائص في أمراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بباريس

فبرسكبى و جراحة البواسير

عضو الجمعية الأمريكية لأمراض الكبد

زنقة أبو فارس المريني - ساحة بيترى 5

الرباط

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

Rabat, le

122 Jany 2024

۹

Ranciphex®
Rabéprazole sodique

A. BRECKHORN

E. Kerdovz

PHARMACIE HATIM AL MANZAH
M3, 3e étage
Sous le pont du Rhône Al Manzeh
Route de la Gare Aouzou
Tel : 0664 98 31 94
Tél : 0023623700000
Fax : 002362375953

y *Raniplex* (Rowe)

Wester

~~24.00~~ x 4 = 84.00 ~~24.00~~

E. Lihos

SPS - SPS

85.50

37. Lino (Nooray)

ICE : 001678828000035 - INPE : 101 126 688

في حالة الإستعجال: مصحة أكدال - الهاتف: 05 37 67 77 77

19 Dr Rougier (Tolls + 3403) Librax

1 capsule aux 3403

M/ Jazy

Docteur SEFFAR M.J.
Laureat de la Faculté de Paris
Spécialiste des Maladies de
l'Appareil Digestif
5 Rue Abou Fafis El Marini-Rabat
ANPEF: 101126688 ICF: 001678828000035

PHARMACIE HATIM AL MANZAH
Km17, Commune Al Manzeh
Route de Ain Aouda
Tél: 0664 90 31 94
002362370000009
1020375783

PHARMACIE HATIM AL MANZAH
Km17, Commune Al Manzeh
Route de Ain Aouda
Tél: 0664 90 31 94
002362370000009
1020375783

TOTAL 856,00

