

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.

186898

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014094

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 469 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF KADA Date de naissance : 1943

Adresse : -

Tél. : 0615360336 Total des frais engagés : 8140 + 27640 = 10904 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



364,84300

1664,8

Date de consultation : 30/11/2023

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A saphène

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 : 14/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : V

ACCUEIL A. A. 12/12/23

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'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
30.11.2023 10	CS	300.00	Dr Zhor SEFFAR Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale N° : 061173662 T.C.E : 00204594000005 Télé : 05 22 87 08 59	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
عبدالله HARMACIE MY ABDELLAH ف.م.ع. 98 الشقة 05.22.21.73.64	30.11.2023 002042936 12/2023	2764.00 335.00 40.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

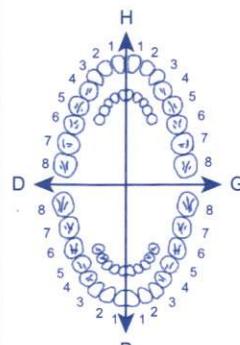
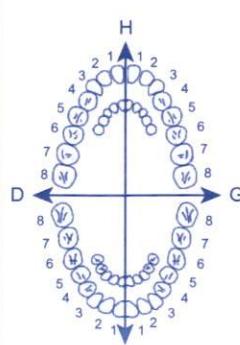
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 B 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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"/>

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et chirurgie
de la face et du cou

Diplôme de vertige et troubles
de l'équilibre

Explorations de la surdité, vertige,
acouphènes et ronflement

Explorations endoscopique
- allergologie ORL

Ex. Médecin ORL à l'hôpital
provincial Benslimane
ADULTES ET ENFANTS



الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

طبيبة اختصاصية في أمراض
و جراحة الأنف
الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه
والعنق

دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن
تشخيص نقص السمع، الدوخة

الطنين و الشخير

تشخيص بالمنظار الداخلي
أمراض الحساسية

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي
بن سليمان
الكبار و الصغار

ORDONNANCE

Date :
30/11/2023

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2026
LOT 340311

Mr KADA Yousfi

Nom et Prénom :

40,00

PREDNI 20

3 comprimé par jour, pendant 6 jours

119,10

CONASAL

1 pulvérisation 2 fois par jour, pendant 1

102,00

HUMER HYGIENE NASALE

1 Lavage 3 fois par jour

15,50

VITA C 1000

1 comprimé par jour le matin, pendant 8 jours

276,40

صيدلية مولاي عبد الله
PHARMACIE MY ABDELLAH
زنقة 35
استشفيق رقم 98
عين الشقق
الهاتف : 05.22.21.73.64
05.22.45.94.00.00.03
Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico - Faciale
INPE 061173662 - I.C.E. 002045940000053
Tél. : 05 22 87 08 59

UT. AV :

PPV (DH) :

40,00

N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

119,10

404, إقامة السكن الأنيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6، عين الشقق

404 Résidence Assakane Al Anik, Bd. Al Qods, 1er étage Appt N° 6, Ain Chock

📞 05 22 87 08 59 / 06 16 33 03 02 📩 drseffarzhor@gmail.com En Cas d'urgence : 06 16 33 03 02

Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et chirurgie
de la face et du cou

Diplôme de vertige et troubles
de l'équilibre

Explorations de la surdité, vertige,
acouphènes et ronflement

Explorations endoscopique
- allergologie ORL

Ex. Médecin ORL à l'hôpital
provincial Benslimane
ADULTES ET ENFANTS



الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

طبيبة اختصاصية في أمراض

و جراحة الأنف

الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه

والعنق

دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن

تشخيص نقص السمع، الدوخة

الطنين و الشخير

تشخيص بالمنظار الداخلي

أمراض الحساسية

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان

الكبار و الصغار

ORDONNANCE

Date :

07/12/2023

Mr KADA Yousfi

ZADRYL CP



1 comprimé par jour le soir, pendant 1 mois

88.40

صيدلية مولاي عبد الله
PHARMACIE MY ABDELLAH
زنقة رقم 300 عين الشقق
(مستشفى محمد السادس)
الهاتف : 05.22.21.73.64 : 05.22.173662 - I.C.E : 002045940000053
Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico - Faciale
INPE 061173662 - Tel : 05.22.87.08.59

404، إقامة السكن الأنثيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6، عين الشقق

404 Résidence Assakane Al Anik, Bd. Al Qods, 1er étage Appt N° 6, Ain Chock

📞 05 22 87 08 59 / 06 16 33 03 02 ✉ drseffarzhor@gmail.com En Cas d'urgence : 06 16 33 03 02