

# 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 : 1469 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YOUSSEF KADA Date de naissance : 1943-  
 Adresse :  
 Tél : 0615360336 Total des frais engagés : 88,40 + 276,40 = 364,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
 Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale  
 INPE 061173662 - I.C.E : 00204594000053  
 Tél. 05 22 87 08 59  
 Date de consultation : 30/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Acanthoma  
 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 : 14/12/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

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



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 Paiement des Actes
30-11-2023		CS	300 dh	Dr Zhor SEFFAR Spécialiste en ORL et Chir. Cervico - Faciale Tél : 06 1172662 - T.C.E : 00204594000 Tél : 05 22 87 08 59

Dr Zhor SEFFAR  
Spécialiste en ORL et Chir  
Servico - Faciale  
INPE 061173662 - I.C.E : 00204594000053  
Tel : 05 22 87 08 59

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيد محمد عبد الله</p> <p>PHARMACIE MY ABDELLAH</p> <p>نقطة 300</p> <p>رقم 98 عين الشق</p> <p>صيد محمد عبد الله</p> <p>05.22.21.73.64</p> <p>الموافق 30-11-2023</p> <p>002042936</p>	<p>11-2023</p> <p>12-2023</p>	<p>276 40</p> <p>صيد محمد عبد الله</p> <p>PHARMACIE MY ABDELLAH</p> <p>نقطة 300</p> <p>رقم 98 عين الشق</p> <p>صيد محمد عبد الله</p> <p>05.22.21.73.64</p> <p>الموافق 30-11-2023</p> <p>002042936</p>

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Désignation des Coefficients	Unité	Unité	Unité
$\alpha$	g	g	g
$\beta$	g	g	g
$\gamma$	g	g	g
$\delta$	g	g	g
$\epsilon$	g	g	g
$\zeta$	g	g	g
$\eta$	g	g	g
$\theta$	g	g	g
$\iota$	g	g	g
$\kappa$	g	g	g
$\lambda$	g	g	g
$\mu$	g	g	g
$\nu$	g	g	g
$\xi$	g	g	g
$\omicron$	g	g	g
$\pi$	g	g	g
$\rho$	g	g	g
$\sigma$	g	g	g
$\tau$	g	g	g
$\upsilon$	g	g	g
$\phi$	g	g	g
$\chi$	g	g	g
$\psi$	g	g	g
$\omega$	g	g	g
$\varphi$	g	g	g
$\vartheta$	g	g	g
$\varpi$	g	g	g
$\varrho$	g	g	g
$\varsigma$	g	g	g
$\zeta$	g	g	g
$\eta$	g	g	g
$\theta$	g	g	g
$\iota$	g	g	g
$\kappa$	g	g	g
$\lambda$	g	g	g
$\mu$	g	g	g
$\nu$	g	g	g
$\xi$	g	g	g
$\omicron$	g	g	g
$\pi$	g	g	g
$\rho$	g	g	g
$\sigma$	g	g	g
$\tau$	g	g	g
$\upsilon$	g	g	g
$\phi$	g	g	g
$\chi$	g	g	g
$\psi$	g	g	g
$\omega$	g	g	g
$\varphi$	g	g	g
$\vartheta$	g	g	g
$\varpi$	g	g	g
$\varrho$	g	g	g
$\varsigma$	g	g	g
$\zeta$	g	g	g
$\eta$	g	g	g
$\theta$	g	g	g
$\iota$	g	g	g
$\kappa$	g	g	g
$\lambda$	g	g	g
$\mu$	g	g	g
$\nu$	g	g	g
$\xi$	g	g	g
$\omicron$	g	g	g
$\pi$	g	g	g
$\rho$	g	g	g
$\sigma$	g	g	g
$\tau$	g	g	g
$\upsilon$	g	g	g
$\phi$	g	g	g
$\chi$	g	g	g
$\psi$	g	g	g
$\omega$	g	g	g
$\varphi$	g	g	g
$\vartheta$	g	g	g
$\varpi$	g	g	g
$\varrho$	g	g	g
$\varsigma$	g	g	g
$\zeta$	g	g	g
$\eta$	g	g	g
$\theta$	g	g	g
$\iota$	g	g	g
$\kappa$	g	g	g
$\lambda$	g	g	g
$\mu$	g	g	g
$\nu$	g	g	g
$\xi$	g	g	g
$\omicron$	g	g	g
$\pi$	g	g	g
$\rho$	g	g	g
$\sigma$	g	g	g
$\tau$	g	g	g
$\upsilon$	g	g	g
$\phi$	g	g	g
$\chi$	g	g	g
$\psi$	g	g	g
$\omega$	g	g	g
$\varphi$	g	g	g
$\vartheta$	g	g	g
$\varpi$	g	g	g
$\varrho$	g	g	g
$\varsigma$	g	g	g
$\zeta$	g	g	g
$\eta$	g		

Montant  
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

**Nombre**

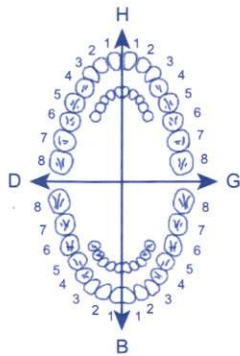
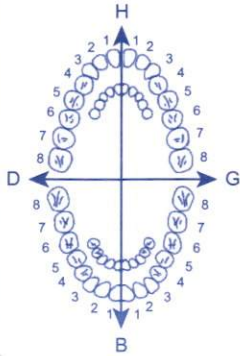
### Montant détaillé des Honoraires

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>										
<div style="text-align: center;"> <b>O.D.F</b>  <b>PROTHESES DENTAIRES</b> </div> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

## Dents Traitées

### Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412  
00000000

2	21433552
0	00000000

D

```
00000000
35533411
```

— G

0	00000000
1	11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

## الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

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



## ORDONNANCE

Date : 30/11/2023

Nom et Prénom :

**Mr KADA Yousfi**

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 05/2026  
LOT 240311

**PREDNI 20**

3 comprimé par jour, pendant 6 jours

**CONASAL**

1 pulvérisation 2 fois par jour, pendant 1

**HUMER HYGIENE NASALE**

1 Lavage 3 fois par jour

**VITA C 1000**

1 comprimé par jour le matin, pendant 8 jours

Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humer Hyg Nez Adult F150  
PPC 102,00 DH

UT. AV :

PPV (DH) :

N° de lot :

Date d'expiration :

PPV :

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

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

# الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

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

طبيبة اختصاصية في أمراض  
وجراحة الأذن  
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

Nom et Prénom :

**Mr KADA Yousfi**

**ZADRYL CP**



1 comprimé par jour le soir, pendant 1 mois

88.40

صيدلية مولاي عبد الله  
PHARMACIE MY ABDELLAH  
زقة 300 رقم 98 عين الشق  
(مستشفى محمد السيقاط)  
الهاتف : 05.22.21.73.64

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173662 - I.C.E. 002045940000053  
Tel. : 05 22 87 08 59

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

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