

## 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

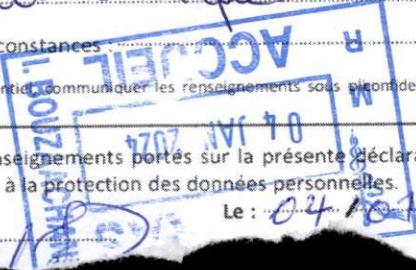
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

189359

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6874	Société : RATM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OURAZAL AHMED			
Date de naissance : 06/09/65			
Adresse : 33 lot SITAM RUE 5 APRIL CALIFORNIA CASA			
Tél. : 0673712738	Total des frais engagés : 752,20 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 18/12/2012 Nom et prénom du malade : AIT ALI KHADIJA Age : 44 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Paroxysmique rhinopharyngite chronique 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 : CMN Le : 04/10/2014  
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
18-12-2023	CS	300 dh.		INP : 0161173666 Dr Zhor SEFFAR ANDAL éspécialiste en ORL et Chi nico - Faciale 00204

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMAJIN SOULAINA</b> Pharmacie D'ABILLOU Les Jardins de Californie 2 <sup>e</sup> Fes Imm.1 California 94 Tel: 05.22.21.98	18/12/23	INPE 061173662 PHARMACIE SOULAINA Les Jardins de Californie 2 <sup>e</sup> Imm.1 California 94 452

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	SOINS DENTAIRES  Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient <hr/> <hr/>	INP : <input type="text"/>						
		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 PROTHESSES DENTAIRES  DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  H      25533412   21433552 00000000   00000000 D      00000000   00000000 35533411   11433553 G      B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

**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 Ben Slimane

ADULTES ET ENFANTS



الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

طبية 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

طبية سابقة بالمستشفي الإقليمي  
بن سليمان

الكبار و الصغار

## ORDONNANCE

Date : .....

18/12/20

N° de lot:

Date d'expiration:

PPV:

143.10

استيراد شركة سياتم للتجارة الدولية

BOTTU SA

PPC : 117 DH 00

S.I.C.  
n°56 - Str  
di - Cinc  
ration n°4

564300 001039

LOT: 14523012  
PER: 03/2088  
PPV: 99.70 DH

**Vita C 1000®**

PPU 26DH90

EXP 09/2026  
LOT 34031 25

LOT 230591  
2026/01  
PPC : 89.50 DH

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
- 51173662 - I.C.E : 00204594  
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