

## 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-525230

ND: 31120

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 21427

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : SADOUK Abderrahmane

Date de naissance : 19/13

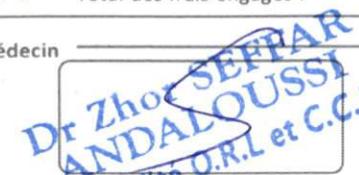
Adresse : 1. Rue Tah Beaufort  
CALAHLANCA

Tél. : 06 61 33 72 95

Total des frais engagés : 26213 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : le 25 Septembre 2010

Nom et prénom du malade : M. SADOUK ABDERRAHMANE

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Age : 03 m  
 Enfant

Nature de la maladie : Vergette

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/10/2010

### 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 Rattachement des Actes
Le 25/02/20	Gz		2601,00	DR B. ANDALOUSSI Spécialité O.R.L et C.G.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Route d'El Jadida 240, Bd Brahim Roudani Tel: 05 22 99 57 46	25/02/2020	10,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

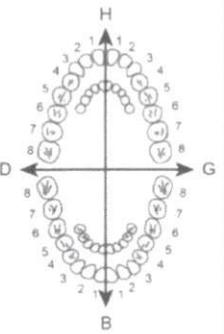
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

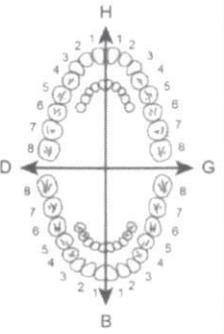
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### 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	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433582
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA 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 Medecin ORL à l'hôpital  
provincial Benslimane

**ADULTES ET ENFANTS**



**الدكتورة زهور الصفار الأندلسي**

طبية اختصاصية في أمراض

و جراحة الأذن

الأذن و الحنجرة و جراحة الوجه  
و العنق

دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن

تشخيص نقص السمع ، الدوخة  
الطيني و الشخير

تشخيص بالمنظار الداخلي

أمراض الحساسية

طبية سابقة بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان

الكبار و الصغار

## **ORDONNANCE**

Date ..... 25 / 02 / 2016

Nom et Prénom

N° 840nk Abderrahmane

- Doliprane 500  
150 x 3 1/2  
10,35



**Dr Zhor SEFFAR  
ANDALOUSSI  
Spécialité O.R.L et C.C.F**

ROUTE D EL JADID  
240, Bd Brahim Roudan  
Tél: 05 22 99 57 46

إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنثيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6 ، عين الشق

404 Résidence safaa Lotissement 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