

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057344

80682

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1169 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF KADDO

Date de naissance : 1963

Adresse :

Tél. : 061 1360331 Total des frais engagés : 296,32 + 218,11 = 514,43 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Zhor STIFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Gervico - Faciale
00204594000053

Date de consultation : 08/07/2011

Nom et prénom du malade : YOUSSEF KADDOUSSI SAADIA Age :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Osteo et rhinite

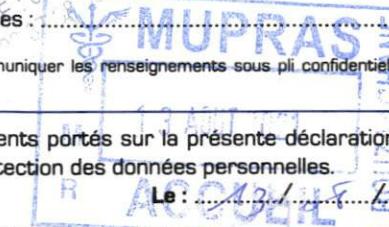
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 08/07/2011 Le : 08/07/2011

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
28/07/2014	C		150,000,00	SEFFAR ANDALOUSI
	A - O		150,000,00	SEFFAR ANDALOUSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/2014	296,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

SOINS DENTAIRES

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

- Spécialisé en ORL et chirurgie de la face et du cou
- Ancien médecin ORL à l'hôpital Provincial Benslimane
- Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
- Explorations de la Surdité, vertige, acouphènes et ronflement
- Explorations endoscopiques • allergologie ORL

ADULTES ET ENFANS



الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

- طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه و العنق
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان
- دبلوم علاج الدوخة و إضطراب التوازن
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، الطنين و الشخير
- تشخيص بالمنظار الداخلي
- أمراض الحساسية
- الكبار و الصغار

Date : _____

Nom et prénom : _____

N° du Lot

20 K 550

Date Per.

1.20.23

28/07/2021 P.P.V: 119,10 DH

Mme KHOUILI Saadia 71 ans

119.10

RISONEL SPRAY NASAL

1 pulvérisation deux fois , pendant 2 mois

99.50

PHYSIOMER JET NORMAL

1 lavage quatre fois

78.20

LOREUS

1 comprimé le soir, pendant 1 mois



296,30

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico - Faciale
INPE 061173682 - I.C.E: 002045940000053
Tel: 05 22 87 08 59



Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

- Spécialisé en ORL et chirurgie de la face et du cou
 - Ancien médecin ORL à l'hôpital Provincial Benslimane
 - Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
 - Explorations de la Surdité, vertige, acouphènes et ronflement
 - Explorations endoscopiques
 - allergologie ORL
- ADULTES ET ENFANS**



الدكتورة زهور الصفار الاندلسي

- طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة الأنف و الحنجرة و جراحة الوجه و العنق
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان
- دبلوم علاج الدوخة و إضطراب التوازن
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، الطنين و الشخير
- تشخيص بالمنظار الداخلي
- أمراض المسالبية
- الكبار و الصغار

Date : _____

Nom et prénom : _____ **XXXXXXXXXXXXXX**

28/07/2021

Mme KHOUILI Saadia

NOTE D'HONORAIRE N°

Actes	Montant
Aspiration d'oreille	150,00
Total :	150,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie
C-Nico - Faciale
INPE 00117362-1CE : 0204594000053
TEL : 0522 87 08 59