

## 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.

### Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0057344

80682

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 469

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF KADA

Date de naissance : 1963

Adresse :

Tél. : 061 360 331

Total des frais engagés : 296,32 + 200 + 100 = 696,32 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2011

Nom et prénom du malade : Mme KHOUSSA SARRIA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Oht et Rht

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


Le : 28/07/2011

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



# 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
28/07/2024	C2		150,000h	
	A O		150,000h	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/07/2024	296,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

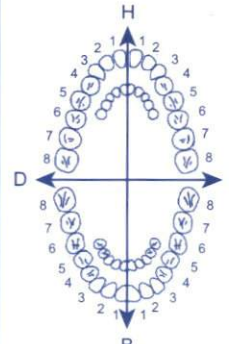
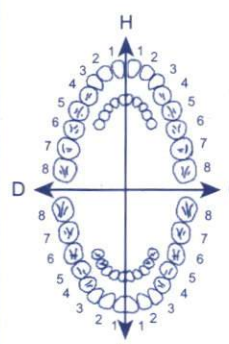
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

## Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

- Spécialiste 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 إختصاصية في أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان
- دبلوم علاج الدوخة وإضطراب التوازن
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، الطنين والشخير
- تشخيص بالمنظار الداخلي
- أمراض الحساسية
- الكبار و الصغار

Date : .....

Nom et prénom : .....

N° du Lot

Date Per.

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

Mme KHOUILI Saadia 71 ans

RISONEL SPRAY NASAL

1 pulvérisation deux fois , pendant 2 mois

PHYSIOMER JET NORMAL

1 lavage quatre fois

LOREUS

1 comprimé le soir, pendant 1 mois

78, à  
P.P.V 78,    
PER 03/23  
LOT 883021



IMPORTED  
& DISTRIBUTED BY:  
S.I.C.  
Bldg n°56 - Street  
Maadi - Cairo - EG  
Registration n° 71/201

العنوان  
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية

BOTTU SA  
PPC : 99 DH 00



Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Servico - Faciale  
INPE 061173682 - I.C.E : 00204594000053  
Tel : 06 22 87 08 59

404، إقامة السكن الأنبيق، شارع القدس - الطابق 1 شقة 6، عين الشق

404, Résidence Assakane Al Anik, Bd Al Qods, 1<sup>er</sup> étage Appt n°6, Aïn Chock

☎ 05 22 87 08 59 ✉ 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
- 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 إختصاصية في أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق
- طبيبة سابقة بمستشفى ابن سليمان
- دبلوم علاج الدوخة وإضطراب التوازن
- تشخيص نقص السمع، الدوخة، الطنين والشخير
- تشخيص بالمنظار الداخلي
- أمراض الحساسية
- الكبار و الصغار

Date : .....

Nom et prénom : .....XXXXXXXXXXXXXX.....

28/07/2021

**Mme KHOULI Saadia**

### NOTE D'HONORAIRE N°

Actes	Montant
Aspiration d'oreille	150,00
<b>Total :</b>	<b>150,00</b>

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

**CENT CINQUANTE DIRHAMS**

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