

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 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040916

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00608 Société : RAM 84251
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FAHEL Mohamed
 Date de naissance : 01/01/45
 Adresse : Hay Al Inara I RUM N: 5 Casablanca
 Tél. : 06 611 79081 Total des frais engagés : 459,20 667,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/08/2021
 Nom et prénom du malade : FAHEL MOHAMED Age : 76
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RHINITE INFLAMMATOIRE
 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 : 01/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RÉLEVÉ 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
26/08/2021	C2		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHSSINE Leila	26/08/2021	427,10

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
		AM	PC	IM	IV	

RÉLEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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'EXECUTION

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



الدكتور  زهور الصفار الأندلسي

- طبيبة إختصاصية في أمراض و جراحة الأذن 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 :

26/08/2021

Mr FALEL Mohamed 76 ans

RISONEL SPRAY NASAL

1 pulvérisation deux fois , pendant 2 mois

PHYSIOMER JET NORMAL

1 lavage quatre fois

XYCET

1 comprimé le soir, pendant 1 mois

N  du Lot 21A131
Date Per. 01 2021
P.P.V: 119,10 DH
11.2023
P.P.V: 119,10 DH



BOTTU SA
PPC : 99 DH 00

89,90



Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-faciale
INPE 061173662 - IC E 002045940000CE3

PHARMACIE MOUHSSINE
834 Avenue 2 Mars - P. 22 21 09 76
Casablanca - Tel.: 05 22 21 09 76