

## 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 de caractère personnel.

N° W21-768678

244422

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8918

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKALLI HOUSSAINI TAYEB

Date de naissance : 02-12-1963

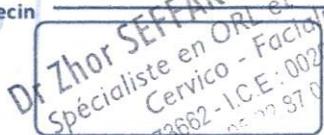
Adresse : 716, Bd de FES CASABLANCA

Tél. : 0661461934

Total des frais engagés : 800,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/12

Nom et prénom du malade : SKALLI HOUSSAINI

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

RHIZ SEPARANTE DR ZHOR SEFFAR ANDALOUSSI, Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale N° MPE 061173662 - I.C.E : 00204594000053

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 : / /

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
11/12/2012	Consultation		300,00	INP : DR L. O. Cervico - Faciale Spécialiste : Dr L. O. Cervico - Faciale
12/12/2012	CT	G.		DR L. O. Cervico - Faciale Spécialiste : Dr L. O. Cervico - Faciale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Rajaa SEKKAT Docteur en Pharmacie PHARMACIE JARDINS POLIC 15 Avenue Atlantique B.P. 100 Tunisie 1070	15/12/12	500.30
Rajaa SEKKAT 57740 Docteur en Pharmacie PHARMACIE JARDINS POLIC 23/12/2012		297.00

Casablanca - Tel : 09		ANALYSES - RADIographies		LOCAPRED 0,1% CREME T15G
LUT : 10/12/2008 PER : 10/2024 PPV : 150,70 DH	Date	Désignation des Coefficients	des P.P.V : 16DH60	
83,70				5 118000 010951
<b>EFFIPRED® 20 mg</b>				
PPU 40DH00 EXP 08/2025 LOT 24015 6	Lot N°: FAB: EXP:	066R039A 11/2021 11/2023	PPV 150 H 80 PER 08 / 25 LOT L 27 0,8 S 2	PPV 150 H 80 PER 08 / 25 LOT L 27 0,8 S 2
PPV:149DH00				
PPV 191H70 PER 05 / 25 LOT L 17P 9	PPV:19DH70 PER 12/24 LOT K3593		ant détaillé honoraires IC O 22 rue... au... nos... carabinier... <b>SYMBICORT TURBHALER</b> 200µg Flacon de 120 doses 10414 DMF 21/NRO P.P.V : 297,00 DH 6 118001 020706	

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.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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"/>														
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
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"/>																

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 Benslimane

**ADULTES ET ENFANTS**



طبية اختصاصية في أمراض

وجراحة 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 بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان

**الكبار و الصغار**

## ORDONNANCE

Date .....

15/12/2022

**SKALLI HOUSSEINI Kamil**

83,70

**ROMAC 300**

1 comprimé par jour, pendant 7 jours  
**40,00**

**EFFIPRED 20**

3 comprimé le matin après manger, pendant 6 jours  
**149,00**

**BUDENA PULV NASALE**

1 pulvérisation 2 fois par jour, pendant 1 mois  
**101,70** x 2 = **203,40**

**APAZIDE**

1 comprimé deux fois par jour  
**140,00**

**OEDES 20**

1 gelule à jeûn matin, pendant 1 mois  
**16,60**

**LOCAPRED**

1 application deux fois par jour, pendant 10 jours  
**15,80** x 2 = **31,60**

**DOLIPRANE 500**

1 comprimé trois fois par jour

T = **500,30**

404، إقامة السكن الأنفي 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

**Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI**  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
NPE 061173662 - ICE 002045940000059  
Tél. : 05 22 87 08 59

# 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 Benslimane  
ADULTES ET ENFANTS



الدكتورة زهور الصفار الأندلسية

طبيبة اختصاصية في أمراض

وجراحة الأذن

الأذن و الحنجرة و جراحة الوجه

والعنق

دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن

تشخيص نقص السمع، الدوخة

الطنين و الشخير

تشخيص بالمنظار الداخلي

أمراض الحساسية

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان

الكبار و الصغار

## ORDONNANCE

Date : .....

23/12/2022

**SKALLI HOUSSEINI Kamil**

297.-

**SYMBICORT 200**

1 bouffée matin et soir, pendant 3 mois



PHARMACIE JARDINS POLO  
Rajaa SEKKAT  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Polis.  
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 0.

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173662 - I.P.E : 00204594000033  
Tel : 05 22 87 00 39

404، إقامة السكن الأنثيق 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