

## 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 |

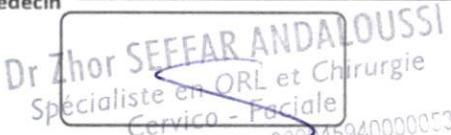
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-781954

AS 0921

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6184	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEOUJADI Rachid			
Date de naissance : 27/11/1957			
Adresse : 27, Rue AL BAHAA SENJARI			
Tél. :	0661 165617	Total des frais engagés :	2224,6 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	12/01/2013	Age:
Nom et prénom du malade :	IDAM HAD Ben Abdellah	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Ver hge	
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.		

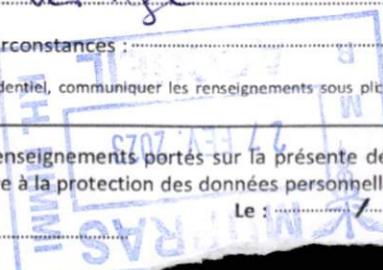
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /



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
12/01/23	CS		250,00	INP : 
12/01/23	Vns		600,00	
12/01/23	Assassinat d'adulte		100,00	
			1050,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE JABRANE Dr. JABRANE Mouqir uite H H 24 Quartier Industriel Al Mitrak - Casablanca	12/01/23	1174,60 DH

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.																
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>												
<p><b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>											
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>											
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>											
	DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

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**



طبيبة اختصاصية في أمراض

وجراحة الأذن

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

طبيبة سابقة بالمستشفى الإقليمي

بن سليمان

**الكبار و الصغار**

## **ORDONNANCE**

Date 12/01/2023

Nom et Prénom

**IDAMHAD Badia**

### **TANGUANIL 500**

1 comprimé trois fois par jour, pendant 5 jours

### **SERETIDE 250**

1 bouffée matin et soir, pendant 3 mois

### **DERMOFIX CREME**

1 application deux fois par jour, pendant 8 jours

### **DERMOFIX POUDRE**

1 application 2 fois par jour, pendant 8 jours

### **ZITHROMAX 500**

1 comprimé par jour, pendant 6 jours

### **SOLUPRED 20**

3 comprimé le matin après manger, pendant 6 jours

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

**PHARMACIE JABRANE**  
**Dr. JABRANE Mounir**  
Route H H 24 Quartier Industriel  
El Wifak - Casablanca

إقامة المصفاء 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



50 primes - 30

Digitized by srujanika@gmail.com

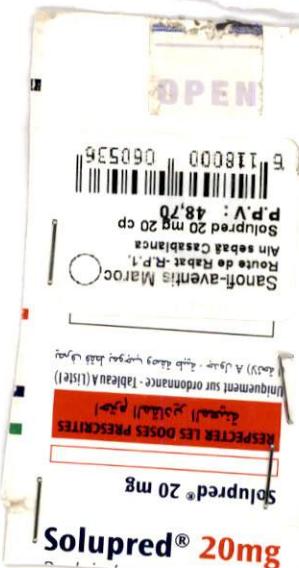
**Taniganil® 500 mg**

LOT N°: 6 J 8594

JTAV: 07 2024

LOT N° : E M 0 0 9 3

DATAV: 1 2 3



# 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

طبيبة اختصاصية في أمراض

و جراحة 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

12/01/2023

IDAMHAD Badia

Date .....

Nom et Prénom

## Compte Rendu VNS

### Clinique

Vertige positionnel

### VNS

VPPB CSC postérieur gauche au Dix Hallpike

Rééducation vestibulaire faite ce jour

Manoeuvre de Semont gauche

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale  
INPE 061173862 - I.C.E : 002045940000053  
Tél. : 05 22 87 08 59

Oto-Rhino  
Laryngologue

سكنى، رقم ٦ شارع العصافير، شارع العصافير، ٦، عين الصقر، ١٢٧٠٣٥٩، الدار البيضاء، المغرب  
Dr. Zhor Seffar Andalousi, 6, Avenue des Hirondelles, Avenue des Hirondelles, 6, El Jadida, Morocco

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

**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 الأندلسية**

طبيبة اختصاصية في أمراض  
و جراحة الأذن  
الأذن و الحنجرة و جراحة الوجه  
و العنق

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**

X X X X X X X X X X X X  
**ORDONNANCE**

12/01/2023

Date ..... **IDAMHAD Badia**

Nom et Prénom

**NOTE D'HONORAIRE N°**

<b>Actes</b>	<b>Montant</b>
Aspiration d oreille	100,00
VNS	600,00
<b>Total :</b>	<b>700,00</b>

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

**SEPT CENTS DIRHAMS** Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico - Faciale

INPE 061173662 - I.C.F. 002045940000053

Tél : 05 22 87 08 59

Oto-Rhino  
Laryngologue

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