

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0051288

AS6809

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6184 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BELOUADI RACHID
 Date de naissance : 27/11/1957
 Adresse : 27, Rue AL BAHAA SENJARI MAARIF
 Tél. : 0661 165617 Total des frais engagés : 1094 DHS

Cadre réservé au Médecin

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI
 Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
 INPE 061173662 - I.C.F. : 002045940000053
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/03/2023
 Nom et prénom du malade : Belouadi badia Age: 67ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Vertige positionnel
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : CASA le 10/4/23 Le : 10/4/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-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
31.03.2023	Reduct	300		<i>[Signature]</i> D. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale INPE 061173662 - I.C.E. 002045940000053 Tel. 05 22 87 08 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE ET PARPHARMACIE 240, Boulevard Roudani Tél: 05 22 99 57 45 Sasablanca	31/03/23	794,10

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	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	G																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

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
و جراحة الأذن
والأنف 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 31/03/2023

Nom et Prénom

Mme BELOUADI Badia

24800x3

SERETIDE 250

1 bouffée deux fois, pendant 3 mois

50x10

TANGUANIL 500

1 comprimé trois fois par jour

METANAZ SPRAY NASAL

1 pulvérisation 2 fois par , pendant 2 mois

CURALLER

1 capsule deux par jour , pendant 1 mois

Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص - 30

VTE: MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

728860

Dr Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico - Faciale

INPE 061173662 - I.C.E : 002045940000053

Tél. : 05 22 87 08 59

إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنيق 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

SECRETIDE

proprionate de fluticasone /
salbutérol

Diskus

250

microgrammes
/50 microgrammes
par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH



ID : 626761

6

Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

SERETIDE

propriétaire de fluticasone / Diskus
salmétérol

250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH

ID : 626761
6



Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

ID : 609370

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV : 248,00 DH



6 118001 141104

Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

propionate de fluticasone/
salmétérol

SEPRETIDE®
Diskus®

microgrammes
/50 microgrammes
par dose

250

Dr. Zhor SEFFAR ANDALOUSSI

الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

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
و جراحة 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

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
ORDONNANCE

Date 31/03/2023

Nom et Prénom

Mme BELOUADI Badia

NOTE D'HONORAIRES N°

Actes	Montant
Reeducation vestibulaire	300,00
Total :	300,00

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

TROIS CENTS DIRHAMS

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

Oto-Rhino
Laryngologiste

إقامة الصفاء تجرنة السكن الأنيق 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