

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
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0013509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : QUADI ABDELKEBIR Date de naissance : 17-03-67
Adresse : RES FOREST PARK VILLA 18 VILLE VERTE
Tél. : 0661335681 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2020
Nom et prénom du malade : MR QUADI Abdelkebir Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection ORL
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 : 10/10/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/08/2020	Aspirateur		260,00	
			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/2020	120,30

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
		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

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																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

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

الأنف والحنجرة 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

Date

25/08/2020

Nom et Prénom

M^r OUADI Abdelkader

ANTIBIO SYNALAR

19,40

Amh'bio synalar



2ptte x 315

19,40

22,70

Bayceltere creme



1-pp le soir

LOT: 22,70

PER:

PPV:

PPV: 78DH20

PER: 03/22

LOT: J738-3

48,20

lorens y



1/5 le soir

120,30

إقامة الصفاء تجزئة السكن الأنيق شارع القدس الطابق 1 الشقة 6، عين الشق

404 Résidence safaa Lotissement Assakane Al Anik, Bd Al Oode, 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
Diplôme d'Université en ORL
Exploration de l'audition par
audiométrie
Exploration de la voix par
laryngoscopie
ADULTES ET ENFANTS



الدكتورة زهور الصفار الأندلسي

مختصة في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
دبلوم جامعة في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
استشارة طبية في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
استشارة طبية في أمراض الأذن والأنف والحنجرة
الكبار والصغار

Date 25/08/20

Facture N° 49/20.

Nom du Patient : Mr OUADI ABDELKBIR

Acte médical	Coefficient	Montant TTC
Aspiration oreilles	K10	150,00 dh

Total facture : 150,00 dh