

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- N° 004324

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17784 Société : PAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 160188
Nom & Prénom : ABBOU MAHAELINE
Date de naissance : 26.10.1977
Adresse : 12. RESIDENCE FATINE II QUETABA HYKEM
CAUTHIER. CASABLANCA
Tél. : 0638955689 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSI
MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72


Date de consultation : 21/03/23
Nom et prénom du malade : ABBOU MAHAELINE Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : pathologique
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL

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
21.03.23	Aspiration	200	200	
	Impédance cardiaque	200	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/03/2023	289,10

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez 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>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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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"/>														
<div> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> </div> <div> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/> </div>																		

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISSE

Moulay Jalal

DIPLÔME DE LA FACULTE DE PARIS
SPECIALISTE EN O.R.L (C.E.S.)
MALADIE ET CHIRURGIE DU
Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou
Surdité - Vertige
Roufflement



الدكتور البدور الإدريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحجرة
جراحة الوجه والعنق
الشخيص

Casablanca, le 21.03.23 في الدار البيضاء.

FACTURE
ABBOU MAHACINE

Consultation 250,00
Aspirateur 50,00
Impédancemétrie 200,00
TOTAL 500,00

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE
MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72

94, شارع 11 يناير الطابق الأول (مقابل سينما كوليزي) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72
94, Bd. 11 Janvier - 1er Etage (en face Cinema Colisée) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 55 72

PPV 124DH00

EXP 05/2024
LOT 19029 25

LEVAMOX[®]

Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
1g/125 mg

16 SACHETS

LOT: GA20225
PER: 02/2024
PPV: 75 DH 00

Eq

bronchokod

sans sucre

Adultes

LOT:1174
PER:12/24
PPV:41,10DH

EFFIPRED[®] 20 mg

PPV 40DH00
EXP 11/2025
LOT 2N015 2

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISSE
Moulay Jalal

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS
SPECIALISTE EN O.R.L (C.E.S.)
MALADIE ET CHIRURGIE DU
Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou
Surdité - Vertige
Ronflement



الدكتور البودور الإدريسي
مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
الشخير

Casablanca, le 21.03.23 في الدار البيضاء،

124.00 ABBou MATAAGNE

① LEUANox lysceles

m-s. 40.00

② offpud 25

m 41.10

③ Bantop 1000 sup

m-s 75.00

④ Nazair

m-s 280.10

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE
MOULAY JALAL

94، شارع 11 يناير الطابق الأول (مقابل سينما كوليزي) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72

94، Bd. 11 Janvier - 1er Etage (en face Cinema Colisée) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 55 72

**MAICO***Impédance***touchTympe**

Nom de l'établissement 1 : Dr El Boudour

ID patient :

ABBOU MAHACIN

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

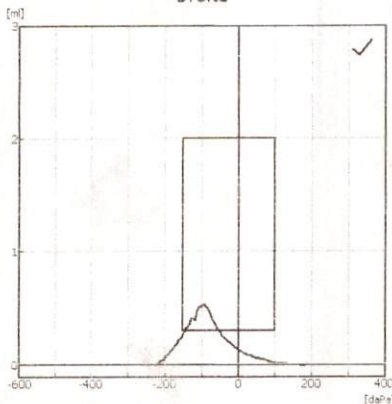
Chargé de l'examen :

*Dr El Boudour
Gyneco Otol*

Date de la session : 21.03.2023 19:19

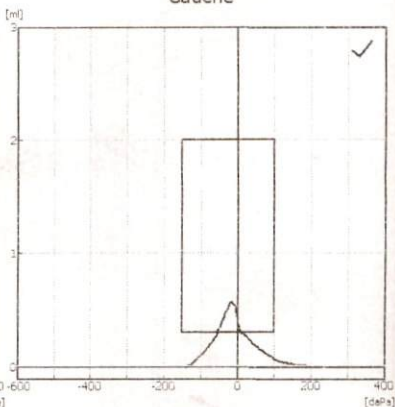
226 Hz Tympanométrie

Droite



Volume : 1,18 ml
Compliance : 0,52 ml
Pression : -95 daPa
Gradient : 106 daPa

Gauche



Volume : 1,02 ml
Compliance : 0,56 ml
Pression : 18 daPa
Gradient : 72 daPa

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE
MOULAY JALAL

INPE: 091048900**Tel: 05 22 44 55 72**