

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.

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

M22- N° 004324

Maladie

Dentaire

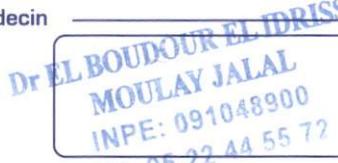
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 17284 Société : PAM
 Actif Pensionné(e) Autre : A 60188
Nom & Prénom : ABBOU MAHAAINE
Date de naissance : 26.10.1977
Adresse : 12. RESIDENCE FATHINE II SUETAHHA AYKEIN CI AUTHEIR. CASABLANCA
Tél. : 06 389 556 88 Total des frais engagés : Dhs

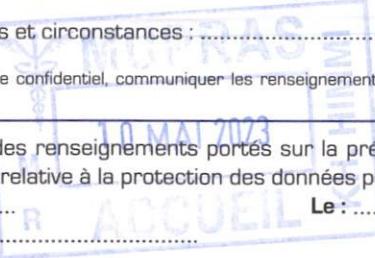
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 21/03/23
Nom et prénom du malade : ABBOU MAHAAINE Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : ps cest a la gigne
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) : 

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
21-03	23 C3	1	20000	MOULAY JALAL INPE: 091048900 Tel: 05 22 44 55 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie POUR CAUDE 21 Rue Mounir Bhou Noussair Casablanca 741.05.22.26.42.12 292028802	21/03/2023	280,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

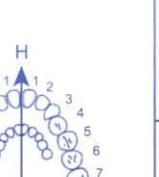
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création remont adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table>		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																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
DATE DU DEVIS																
DATE DE L'EXECUTION																
MONTANTS DES SOINS																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BOUDOOUR EL IDRISI

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
Ronflement

الدكتور البدور الإدريسي

مولاي جلال

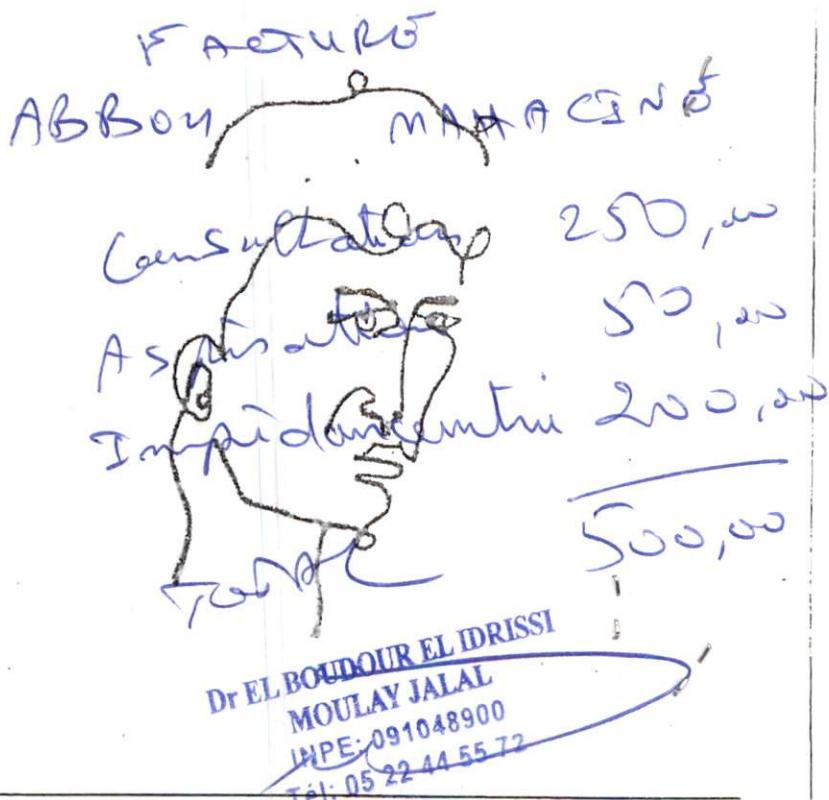
خريج كلية الطب بباريس

لخصوصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

Casablanca, le 21.03.23 الدار البيضاء، في



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

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

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

C
Etiquette

LEVAMOX®
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose
1g/125 mg
16 SACHETS

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 IDRISI
Moulay Jalal

الدكتور البدور الإدريسي
مولاي جلال

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
Ronflement



خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشيخ

Casablanca, le 21.03.25
الدار البيضاء، في

124,00 ① ABBoa mait acons
LEUVANox 1g sachet SV

40,00 ② offres SV

41,10 ③ Brantos 100g Sup SV

75,00 ④ Nazair SV

280,10 ⑤ Dr EL BOUDOUR EL IDRISI
MOULAY JALAL SV

Pharmacie FOUCAUD
27, Rue Moussa Siouf, ussai
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

شارع 11 ينابير الطابق الأول (مقابل سينما كولورز) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72

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

MAICO

Impédance

touchTymp

Nom de l'établissement 1 : Dr El Boudour

ID patient :

AB BOU MAHACIN

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

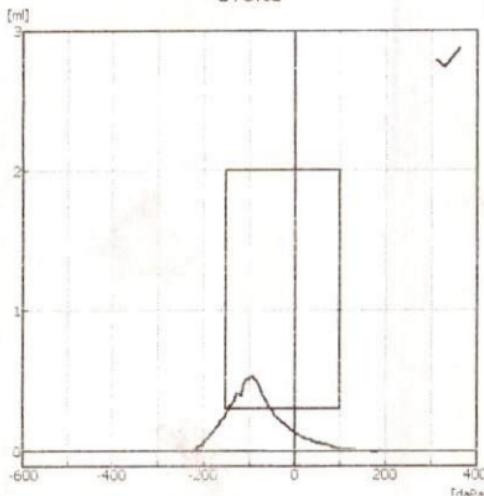
Chargé de l'examen :

Dr El Boudour
Gynécologue

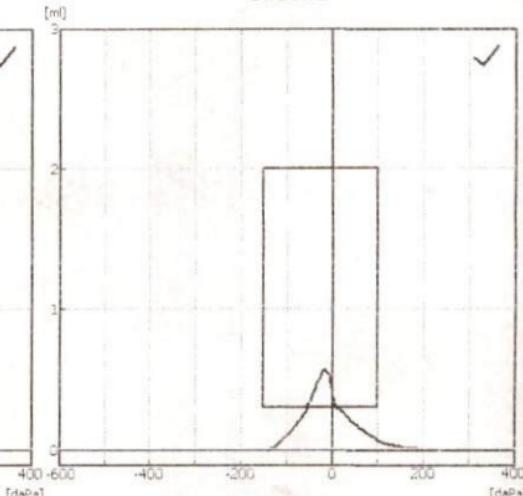
Date de la session : 21.03.2023 19:19

226 Hz Tympanométrie

Droite



Gauche



Volume : 1,18 ml

Volume : 1,02 ml

Compliance : 0,52 ml

Compliance : 0,56 ml

Pression : -95 daPa

Pression : -98 daPa

Gradient : 106 daPa

Gradient : 72 daPa

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI
MOULAY SAJAL

INPE: 091048900

Tel: 05 22 44 55 72