

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 Alij Ben Abdellah - Quartier de l'Horiage
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-702735

196666

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 2257 Société : RAM

Matricule : 2257

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUACHOUR SALAH

Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 93 avenue n° 8 La Perle 1

Tél. : 0662614583 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/24

Nom et prénom du malade : EL ISAKBURI MAJKA

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : PS

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 : 28/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

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
24.01.24	CSF		250	INP 0910479452 Dr EL BOUDOUR EL BOUSS Moulay Jaid O.R.I. 94 Bd 11 Janvier 1er Etage Casablanca - Tél : 0522 44 55 72
	ASFWC		30	
			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROUYELLE CASABLANCA K. BOUZOUBAA 15, Bd de la Liberté - Casablanca Tél. : 05 22 31 47 17	24/01/24	210,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <input type="text"/>														
				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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISSE

MOULAY JALAL

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS

SPECIALISTE EN O.R.L.(C.E.S)

MALADIE ET CHIRURGIE DUO

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Surdité - Vertige

Ronflement



الدكتور البودور الادريسي

مولاي جلال

خارج كلية الطب ببازيس

اختصاصا في أمراض الأذن الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخص

24.01.24

10,00 @ BAHOURT
Nolika

① Effipred 25

7 Sept

10,70

① Naureus

S

10,00
③

Acromiose

7-8

M b y

(Metanas chag)
An der
Fech

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 07/2026
LOT 35002 4

Naureus®

Desloratadine

LOT : 9871
PER : 06-25
P.P.V : 40 DH 70

LOT: GA20483
PER: 06/2024
PPV: 110 DH 00

94, Bd 11 Janvier - 1^{er} étage Casablanca TEL: 0522445572

ICE:001748242000091 IF: 41000213 PATENTE: 34300213

Dr. EL BOUDOUR EL IDRISSE
Moulay Jalal
Casablanca - Tél. : 0522 44 55 72

1940

Antibio Synalar

2 gél 2 3

A 5 2 rel



ANTIBIO SYNALAR

Te 210,10

Dr EL BOUBOUR EL IDRissi
Moulay Jalal
O.R.L.

94, Bd 11 Janvier 1^{er} Etage
Casablanca - Tél. : 0522 44 55 72

PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOUZOUBA
16, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél. : 05 22 51 47 17