

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-608172

Go6us



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11784	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ABBOU MAHARINE			
Date de naissance : 26.10.77			
Adresse : 11, Dehdoue fatiha, n° 12 Rue JATA 10000 CASABLANCA Tél. : 06 389 55 89 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Dr EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL INPE: 091048900	
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 23/10/2021		
Nom et prénom du malade : ABBOU MAHARINE Age: 44		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : A Bactéral longue		
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 : CASABLANCA

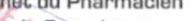
Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23.10.21	CS Aspiration Angiostème	25/10 25 300	250 25 300	INPE 091048900 DELBOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL INPE 091048900 Tél: 05 22 44 55 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2023	232,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

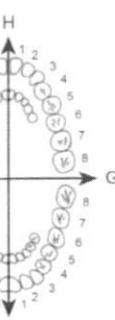
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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 canalaires, 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
				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"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BOUDOUR EL IDIRISSI

Moulay Jalal

DIPLOÔME 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
اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
الشيخ

الدار البيضاء، في 23. No. 21 Casablanca, le

PPV: 98DH00
PER: 03-24
LOT: K694

ABBOU MAIAA CING
98,00
2 AMOK ~~Sp~~
MS 75
45,80
2 RSC low 5 20 45 21 10 20 6
PPV (DH):

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,80

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI

MOULAY JALAL

INPE: 0910-300

Tél: 05 22 44 55 72

موکسول

مدد و نیک

94، شارع 11 بنایر الطابق الأول (مقابل سینما کولیزی) - الد
ce Cinema Colisée) - Casablanca - Tél. : 05 22 44 55 72

38,80

Beautyscore
June



Dr. Moul
det. Moul
986 AVS 1
me

M-S 1 we 02
0 10 0 -

110,00

AS/NAT



M-S 1 we 02
0 10 0 -

292,60

PHARMACIE MOULLE
Casablanca
1er Bd. Général El Ouardi
05 22 21 22 17
Casablanca

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI

MOULAY JALAL

INPE: 091048900

Tel: 05 22 44 55 72

LOT: GA10212
PER: 04/2023
PPV: 110 DH 00

Docteur EL BOUDOURE IDRISI

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 الاوريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

الدار البيضاء، في

Dr EL BOUDOURE IDRISI
MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72

Casablanca, le 23.10.21

FACTURES

ABBOU MAHACINS

Consultation

20

Aspiration

5

Audiometrie

300

605,00

Dr EL BOUDOURE IDRISI
MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72

شارع 11 ينایر الطابق الاول (مقابل سينما كوليزي) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72 94

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

DOCTEUR EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL

Diplôme de la faculte de Paris
Spécialiste en ORL (CES)

Maladie et chirurgie du nez - gorge
oreille - face - cou - Ronflement

Sur le site de
l'Institut de
l'Orl et de la
maladie de la
gorge et de la
tête et du cou
+ l'Institut de
l'Orl et de la
maladie de la
gorge et de la
tête et du cou

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI
MOULAY JALAL

94. Bd. 11 Janvier, 1er Etage
(en face Cinema Colisée) - Casablanca

Tél. : 05 22 44 55 72



DOCTEUR EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL

Diplôme de la faculte de Paris
Spécialiste en ORL (CES)

Maladie et chirurgie du nez - gorge
oreille - face - cou - Ronflement

Nom : ABBOU

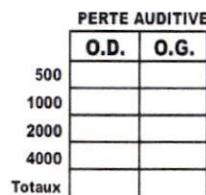
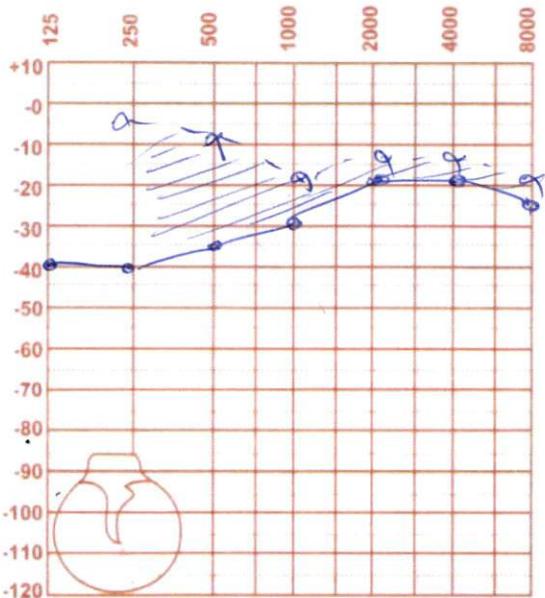
Prénom M A HADJ NOU

Age :

Profession:

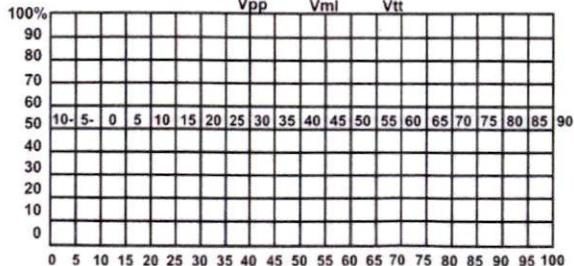
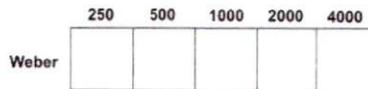
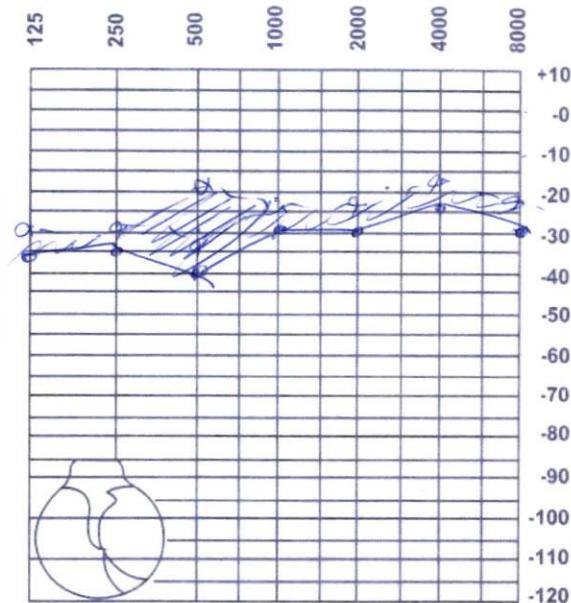
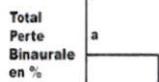
Adresse :

Date: 23.10.21



$$BO \times 7 =$$

$$MO \times 7 =$$



MAICO

Impédancemétrie touchTymp

ID patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Praticien :

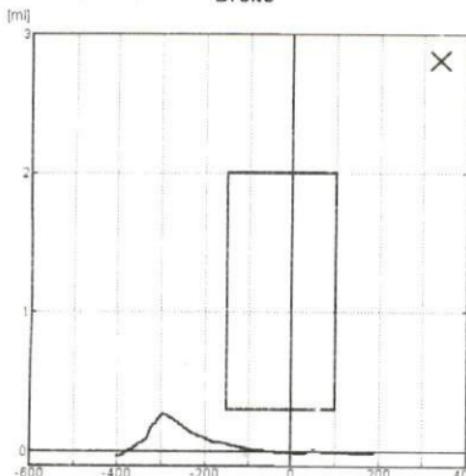
ABBOU

MAHACHINE

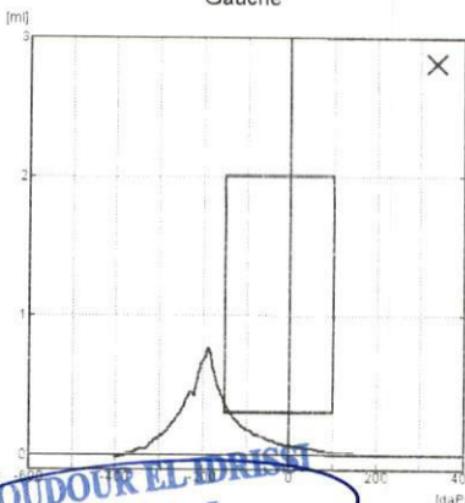
Date de la session : 23/10/2021 12:37

226 Hz Tympanométrie

Droite



Gauche



Volume : 1,03 ml
Compliance : 0,27 ml
Pression : -297 daPa
Gradient : 103 daPa

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI
MOULAY JALAL
INT 0210489001
Tél: 05 22 44 55 12