

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAZIANE KHTATIB

Date de naissance : 10/03/1960

Adresse : Rue de l'avenue 7, résidence Ya Lili K) 6-

11 quartier des hôpitaux Casab-

Tél. : 0661 99 33 61

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL BOUDOUR EL IDRISI

MOULAY JALAL
INPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/22

Nom et prénom du malade : M AZIANE KHTATIB

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie psychique

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 : Casab

Le : 31/08/22

Signature de l'adhérent(e) :

Maziane Khtatib

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
25.11	CS		250	
	Aspiration		50	
	Auscultation		50	<p>Dr EL BOUDOUR EL IDRISI</p> <p>MOULAY JALAL</p> <p>INPE: 091048900</p> <p>Tel: 09 22 44 55 72</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GAILLARD ROUTE DE L'ASSEMBLEE 67870 SAINT-JEAN-SUR-MEUVE	31.05.22	119,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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												
				Coefficient DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISI

Moulay Jalal

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS

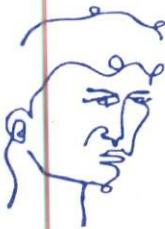
SPECIALISTE EN O.R.L(C.E.S)

MALADIE ET CHIRURGIE DU

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Surdité- Vertige

Ronflement



الدكتور البدور الادريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

الدار البيضاء، في ن° 21

78,00



21,00

150,00

NR SANAKAN



21

78,00

78,00

78,00

149,30

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



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

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

révision 300

rep

AS 15

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI
MOULAY JALAL
MNPE: 091048900
Tél: 05 22 44 55 72

Docteur EL BOUDOUREL IDRISI

Moulay Jalal

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS

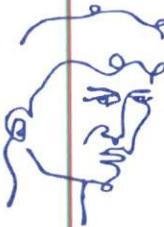
SPECIALISTE EN O.R.L(C.E.S)

MALADIE ET CHIRURGIE DU

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Surdité- Vertige

Ronflement



الدكتور البودور الادريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشيخ

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

31/15/122

Honoraires Dr
a Boudour

- consultation = 250
- Anesth se = 60
- anesth se + 300

600,00 Dhs

Cinquant
Sous

Dr EL BOUDOUREL IDRISI

MOULAY JALAL

TINPE: 091048900

Tél: 05 22 44 55 72

٤

شارع 11 بناير الطبق الأول (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



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 : M A ZI ANE

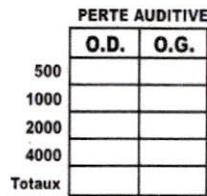
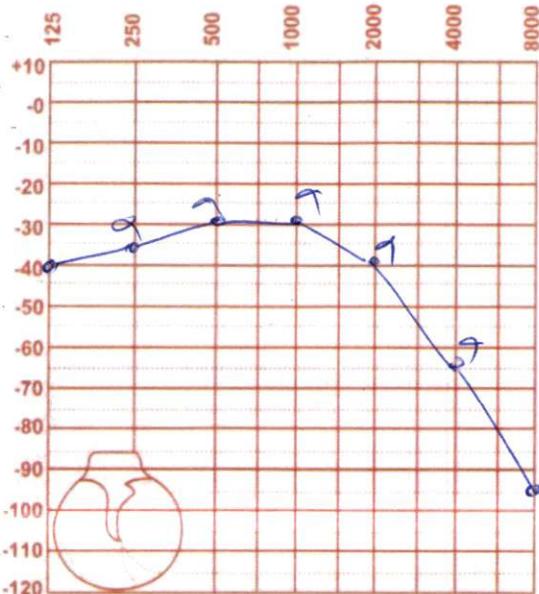
Prénom : KHAOUI A

Age :

Profession:

Adresse :

Date: 31.05.11



BO X 7 =
MO X 7 =

Total
Perte
Binaurale
en %

Weber

