

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037411

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société : 124406  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAZIANE KHADJA  
 Date de naissance : 10/08/1960  
 Adresse : Rue de Rome 7 Résidence (Walilik) 611 quartier des hôpitaux Casa -  
 Tél. : 06661993361 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin Dr EL BOUDOUR EL IDRISI

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 31/05/22  
 Nom et prénom du malade : MAZIANE KHADJA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ph otolaryngique  
 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 : Casa Le : 31/05/22  
 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
21.05.22	Aspiration	250	50	Dr EL BOUDOUR EL IDRESSI
	Aspiration	300	600,00	Moulay JALAL
	Aspiration	300	600,00	INPE: 091048900
	Aspiration	300	600,00	Tel: 05 22 44 55 72

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

31.05.22

119,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

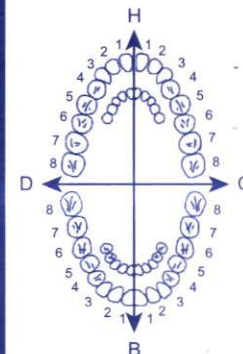
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 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 البدور الإدريسي

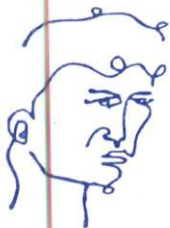
مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير



Casablanca, le

الدار البيضاء، في

PHARMACIE LE GALEN  
DR. MOHAMED HATIM AMRANI  
77, Rue de Rome - Casablanca  
Tél.: 05 22 80 67 87 / 67  
INPE 092063031

78,30



PHARMACIE LE GALEN  
DR. MOHAMED HATIM AMRANI  
77, Rue de Rome - Casablanca  
Tél.: 05 22 80 67 87 / 67  
INPE 092063031

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

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

94, Bd.11 Janvier - 1<sup>er</sup> Etage (en face Cinema Colisée) Casablanca - Tél: 05 22 44 55 72

Restoration Zoo

rept

AS

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE

MOULAY JALAL

INPE: 091048900

Tél: 05 22 44 55 72



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 البدور الادريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في امراض الاذن، الانف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

Casablanca, le

الدار البيضاء, في

31 / 5 / 22

Honorable Dr

El Boudour

- consultation - 250

- Aspiration - 60

- autoanalyse - 300

600,000

Casablanca

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE

MOULAY JALAL

INPE: 091048900

Tél: 05 22 44 55 72

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

94, Bd.11 Janvier -1<sup>er</sup> Etage (en face Cinema Colisée) Casablanca - Tél:05 22 44 55 72

**DOCTEUR EL BOUDOUR EL IDRISSE**  
**MOULAY JALAL**

Diplôme de la faculté de Paris  
Spécialiste en ORL (CES)  
Maladie et chirurgie du nez - gorge  
oreille - face - cou - Ronflement



**DOCTEUR EL BOUDOUR**  
**EL IDRISSE MOULAY JALAL**

Diplôme de la faculté de Paris  
Spécialiste en ORL (CES)  
Maladie et chirurgie du nez - gorge  
oreille - face - cou - Ronflement

*Signature of Dr. El Boudour El Idrissi*

**Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE**  
**MOULAY JALAL**  
**INPE: 091046900**  
**Tél: 05 22 44 55 72**

Nom : MAZIANE

Prénom : KHAOUJA

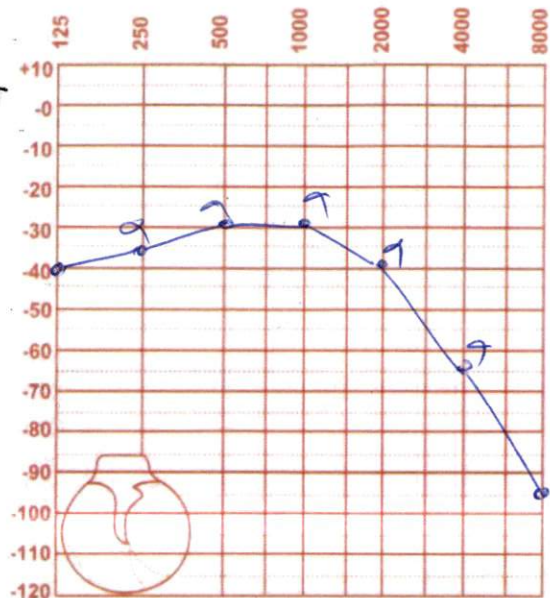
Age : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Date : 31.05.22

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



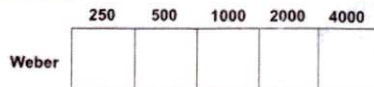
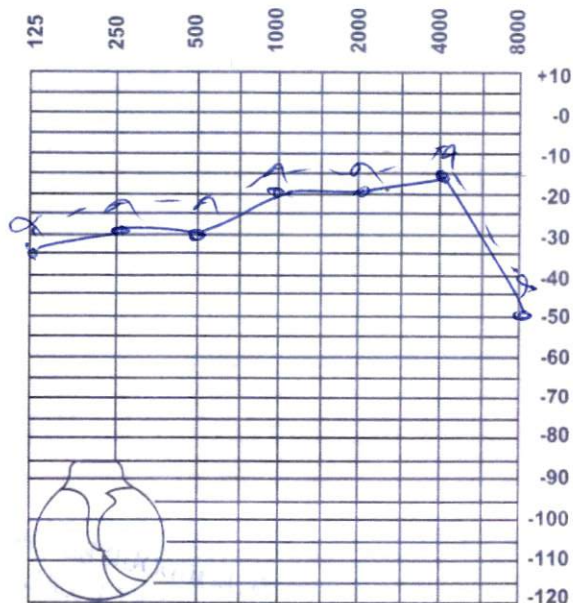
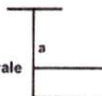
# PERTE AUDITIVE

	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

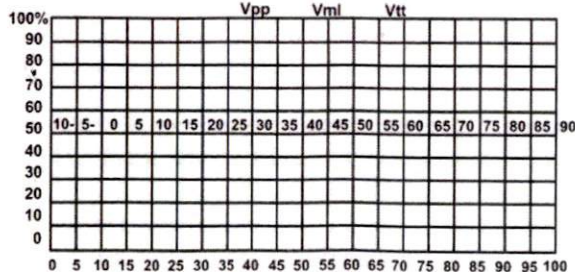
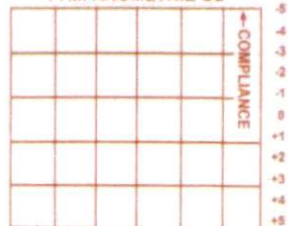
BO X 7 =

MO X 7 =

Total  
Perte  
Binaurale  
en %



## TYMPANOMETRIE OD



## TYMPANOMETRIE OG

