

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

- Reclamation : 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- 0049707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAÏTIDY Bouabid

Date de naissance : 11.02.1968

Adresse : 1143 Bd Omar Boudiaf Esc 5 Apt 20
Casablanca

Tél. : 0626301968 Total des frais engagés : _____ Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 18.08.23

Nom et prénom du malade : ZAÏTIDY Bouabid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HS de la jam

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 : Casablanca

Le : 18.08.23

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0049707

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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
18.03.23	Exercice d'un Kyste	CS p	250 200 Dr 450	EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL N°P: 091048900 05 22 44 55 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 pharmacie RETAIL TAZI Adn 0, Bd de la Littérature Case 595433 94	 18/03/03	 14640

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BOUDOOUR EL IDRISI

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 البدور الايدريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والحنق

الشخير



18.08.23

دار البيضاء في

ZAHIDY BOUABDIA

116.40

① floxan 500

S.V

INP 092050244

M-1,5

30.00

② Alprazol 400

M-3

116.40

Dr EL BOUDOOUR EL IDRISI

MOULAY JALAL

INPE: 091048900

شارع 11 بناير الطابق الاول (مقابل سينما كوليجي) الدار البيضاء الهاتف: 0522445572

94 Bd. 11 janvier - 1^{er} Etage (en face cinema colisée) - Tél: 0522445572

30 comprimés pelliculés

95x68x30

voie orale



30 comprimés pelliculés
voie orale

LOT : 7361
UT. AV : 02-25
P.P.V : 30 DH 00

Réservé à l'adulte

400mg

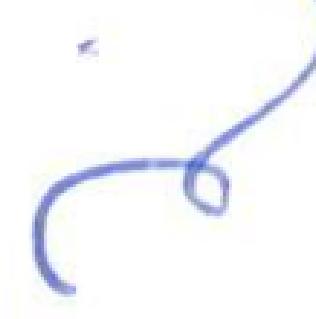
LABORATOIRES
PHARMA 5
5 لوجا فارما

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር



500 mg

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

የኢትዮጵያ ሚኒስቴር

®

PPV 116DH40

LOT 2N020 7

EXP 02/2025

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

Docteur EL BOUDOOUR 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

Casablanca, le

18.08.25

الدار البيضاء، في

PHENOMEN

ZAHADY Bousabi D

Conseiller 200

Examen à Kyrtedunet 200
du C de droit

Dr

Dr EL BOUDOOUR EL IDRISI
MOULAY JALAL

INPE: 091048900

Tél: 05 22 44 55 72

450