

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
- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0049707

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZAHIDY Bouabid
 Date de naissance : 11.02.1968
 Adresse : 113 Bolognini Esc 5 APT 20 Casablanca
 Tél. : 0626301902 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE
 MOULAY JALAL
 INPE: 091048900
 Tél: 05 22 44 55 72
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/08/23
 Nom et prénom du malade : ZAHIDY Bouabid Age:
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 :

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
18.03	23	CS	250	Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE MOULAY JALAL IMPE: 001048900 Tél: 05 22 44 55 72
	Exercice		200	
	d'un kgste		450	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

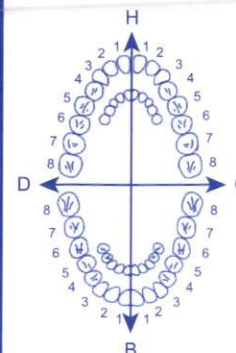
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	

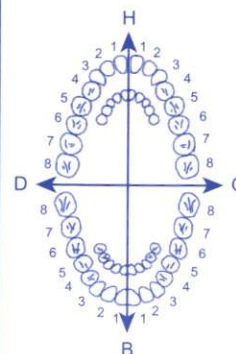
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 DUO

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Surdité - Vertige

Roufflement

Casablanca, le



الدكتور البودور الإدريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

الدار البيضاء, في

18.08.23

Pharmacie REUNION
TAZI Adnan
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tél: 0999 91 33 99

ZAHEDY BOUABID

116,40

① floxan 500

S.V

INP 092050244

MS 3000

② Aprofen 400

S.V

MS

116,40

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE

MOULAY JALAL

INPE: 091048900

94 شارع 11 يناير الطابق الأول (مقابل سينما كوليتي) الدار البيضاء الهاتف: 0522445572

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

Algofene[®]

Ibuprofène

400mg

Algofene[®]
Ibuprofène

Réservé à l'adulte

Réservé à l'adulte

LOT : 7361

UT. AV : 02-25

P.P.V : 30 DH 00

400mg

 **30** comprimés pelliculés
voie orale

 **30** comprimés pelliculés

voie orale

95x68x30

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات 5

الرجاء الرجاء الرجاء

عن طريق الفم

24 كبسولة



500 mg

بالتسليم

فلو

PPV 116DH40

LOT 2N020 7

EXP 02/2025

FLOXAM[®]

Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

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 الإدريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأذن الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الشخير

Casablanca, le 18.08.25 في الدار البيضاء

PACTURE

ZAHADY BOUABID

Consultation 200

examen d'audition 200
du C.E.D. d'audition

450

Dr EL BOUDOUR EL IDRISSE
MOULAY JALAL

INPE: 09T048900

Tél: 05 22 44 55 72