

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

- Recours à la justice : recours@mutuelles.com
- Recours administratif : recours-administratif@mutuelles.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@mutras.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° W21-829537

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12321</u> Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>196852</u>
Nom & Prénom : <u>EL Boudouri TARIK</u>			
Date de naissance : <u>15/07/1982</u>			
Adresse : <u>VILLAS DES PRES N 162 DAR BOUTABA</u>			
... <u>CASA BLANCA CASA</u>			
Tél. : <u>+212 66 109 7741</u> Total des frais engagés : <u>1194,65 DH</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<u>19/02/2024</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>EP boudouri TARIK</u> Age : <u>32</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Rash cutane Dermatose</u>			
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'at/médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA Le : 19/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

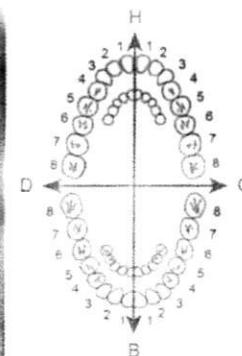
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant la Paix
10/04/2014	Vente	100000	640,85 Dhs	INP : 11111 Signature : ...

Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NPE 092075274	19/02/2024	1 = 553,80
PHARMACIE LES JARDINS DE L'OCEAN BAY SAINT AU Rouette d'Aix en Provence Date	19/02/24	T. : 10 5100

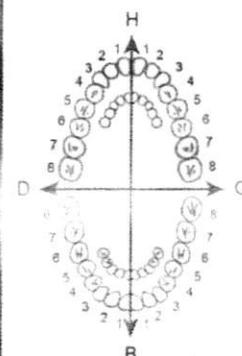
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VIOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 19/02/24

N° El Boudaren Tarik

1 - Préparation (boule)

{ Dispenseur S.V.
cold cream

T = 553,80

1app 1/2

purs 1/2 x 0,93

purs 1/3 x 0,93

purs arret

13,10

2 - Délippeant
S.V.
1cp 9,60

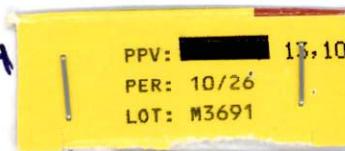
29,90

3 - Clartec cp
1cp 1 S.V. 80

132,80
4 - Neobacne. (boule)
1app x 2 S.V.

11-19224.

380,00



LOT : 5995
PER : 07 - 26
P.P.V : 29DH90



مخصوص للبالغين والاطفال ما فوق 15 سنة.
المراعات: دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كثافة الاستعمال.

Vita C1000®
20 comprimés effervescents



6
118000 032076



Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.
تحفظ الأدوية مغطاة بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
بعض الأطفال يحبونها من متازل و مرأى لا ي مجال.

Tube

à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

AMM N° 02 DIMP/21

vitac1000



جافا لـ ٢٠

(٣٠ جرام)

١٠٠٠

Vita C1000®

PPU 26DH90

EXP 08/2026
LOT 36037 10



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

19.02.824

Dr. TARIK EL BOUDOURI

٢٥٠

١٦ April Sys S.P.

S.P.

dns x3 (j)

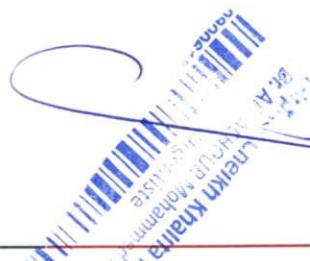
٢٥,٨٠

٦ ut (٣) ouv S.P. ٩٥٠

١٦ April (j)

٢١٥٠

DE LOGEMENT DES AFRICAINS
ROUTE D'ABDERRAHMANE SIDI AOU





CASABLANCA, le 19/02/2024

PATIENT : EL BOUDOURI Tarik

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Poumon F+P

IPP : 170115115335SM

DATE NAISSANCE : 15/07/1982

NUMERO DOSSIER : 2400833458

Résultats :

- Epaississement péri-bronchovasculaire basal droit.
- Absence de lésion nodulaire ou de foyer d'allure évolutive.
- Respect de la silhouette cardiomédiastinale.
- Absence d'anomalie pleuro-pariétale.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : Dr EL BENDADI Wafaa

A blue ink oval stamp containing handwritten text:
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr EL BENDADI Wafaa
Radiologie
061534218

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : **28570 / 2024** du **19/02/2024**

Nom patient	EL BOUDOURI TARIK	Entrée	19/02/2024
	PAYANTS	Sortie	19/02/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		300,00	300,00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0050	60,00	60,00
			<i>Sous-Total</i>	540,00
PHARMACIE	1,00		100,85	100,85
			<i>Sous-Total</i>	100,85
Total Clinique				640,85

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	640,85
SIX CENT QUARANTE DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES		

optical Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 03 41 77
E-mail : contact@fclm-hck.m