

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 :

- 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 ALG

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur tous les mois.

Adresses Mails utiles

- o Réclamation
 - o Prise en charge
 - o Adhésion et changement de statut

La MUPRAS garantit le respect d'à caractère personnel.

MUPRAS



Declaration de Maladie

Nº W19-470684

ND 32444

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 2767 | Société : R A M RETRAITEE | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HILALI FOUZIA | | | |
| Date de naissance : 07.08.58 | Adresse : MAY 99 ABDELLAH Rue 99 N° 5. BP 51 TA2A. AÏN CHOCK. CASA | | |
| Tél. : 0600376166 | Total des frais engagés : 1574,50 - Dhs | | |
| Cadre réservé au Médecin : DR EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL INPE: 091048900 Tél: 05 22 44 55 72 | | | |
| Cachet du médecin : MUPRAS 24 AOUT 2020 | | | |
| Date de consultation : 13/08/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : HILALI FOUZIA | | Age : | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant | |
| Nature de la maladie : Strepto | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutualie. | | | |

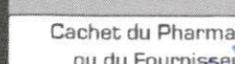
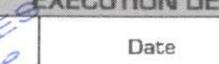
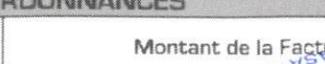
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles. *128 128*

Fait à : CLAS A

Signature de l'adhérent(e) :

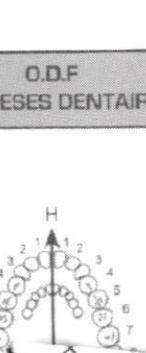
Le : 19/01/2020

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes |
| 13.07.20 | C.S. t. Aspirat. | 250 50 | 300 | INP : Dr EL BOUDOUR EL IDRISI MOULAY JALAL INPE: 091048900 Tél: 05 22 44 55 72 |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  BENCHIKHI B. Dr En Pharmacie Moulay Amdelhan Rue 75 A - Tel 0522 50 24 80 |  21/08/2020 |  220.10 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|  | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DATE DU <input type="text"/> | | | | |
| TIEN ATTESTANT LE DE <input type="text"/> | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
|  | | | | |

Docteur EL BOUDOUR EL IDIRISSI

Moulay Jalal

DIPLÔME 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

Casablanca /e/

الدار البيضاء، في ...

Itheli Fouca

PPV 116DH40 LOT 9D026 3
EXP 02/2022



PHARMACIE INES
BENCHIKHT B.
Dr En Pharmacie
May Moulay Abdellah Rue 75 n°
CASA Tel 0522 50 24 80

PHARMACIE INES
BENCHIKHT B.
Dr En Pharmacie
Moulay Abdellah Rue 75 n°
CASA Tel 0522 50 24 80

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc
80735

PPV:
60DH10

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI
MOULAY JALAL
INPE: 091048900

94، شارع 11 نجاح الطابق الأول (مقابل سينما كولبيزي) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72

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

ANTIBIO SYNALAR

19140



PHARMACIE INES
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASABLANCA - Tel: 0522 50 24 80

PHARMACIE INES
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASABLANCA - Tel: 0522 50 24 80

19140 Antibio Synalar

19140
19140

HARMACIE INES

BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASABLANCA - Tel: 0522 50 24 80

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

28,2 Lorenz

343
8175



PPV: 78DH20
PER: 03/22
LOT: J739-3

274,10

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