

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

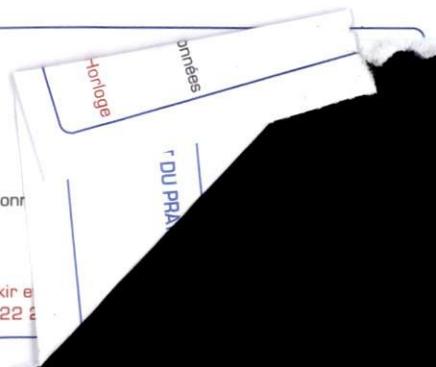
Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1053	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	Age:
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 :	Le : / /		
Signature de l'adhérent(e) :			



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
 SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
 AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
 AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
 AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
 AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
 R-Z = Electro - Radiologie
 B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux comportant un ou plusieurs échelons
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
 - L'ORTHOPEDIE
 - LA REEDUCATION
 - LES ACCOUCHEMENTS
 - LES CURES THERMALES
 - LA CIRCONCISION
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



M U P R A S

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1614064

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KHIDILOU Khadija
 Matricule : 1053 Fonction : Retraitée Poste : R.A.M.
 Adresse : 342 Bd Oued aux Rabii au La
 Tél. : 066256446 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CASA le 21 / 11 / 2008
 Durée d'utilisation 3 mois

DR. EL MAKHLOUFI Kamal
BOUTALEB HADRI BOUTALEB 091 05 22 91 52 33

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1614064 MUPRAS
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé
 Nombre de pièces jointes :



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
21/11/2023	22	Co K 25	20000 20000	Dr. MAHMOUDI ORI Kamal Spécialiste ORI Boulalet 20230115 Casa - Tel : 05 22 80 INPE 097

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Nawa Bennani 20 Bd. Dumez 22930920 +31.05.22.93.09.20	21/11/2022	131.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANT 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

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأنف، الحنجرة، الوجه، العنق .
والكشوفات الوظيفية لأمراض الأنف الداخلية للكبار والصغار
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،
بروكسل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأنف الداخلية والدوخة

21/11/02

Khidrissi Kheridja

131.7°

Nasal

grafe au nasale 1M



1 my

العنوان
Pharmacie El Manai
Dr. Kamal El Makhloifi
20 Bd. Casablanca
Casablanca
Tél: 05 22 89 28 29

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Spécialiste ORL
1 Boulevard Abdelhadi Boutaleb
20230 - Casablanca Tél: 05 22 89 52 52
INPE 091

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour , Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalori@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalori@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستعجلات : 06 76 27 76 65

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.
Explorations Fonctionnelles
Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.
Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.
Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و جراحة الأنف، الأنذن، الحنجرة، الوجه، العنق .
والكشفات الوظيفية لأمراض الأنذن الداخلية للكبار والمصغار
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف ،
بروكسل، فرنسا
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأنذن الداخلية والدوخة

Casablanca, le :

21/11/2022

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M Khalidou

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

AUDIOLOGISTE

K 25

S'élevant à la somme de

500

DHS

Signé
Dr. K. EL MAKHLOUFI

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
1 Boulevard Abdelhadi Sidi Abderrahmane
20230 Casablanca
Tél: 05 22 89 52 52
Fax: 05 22 89 52 59
INPE 0971

village communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour , Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalori@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Fax : 05 22 89 52 59 - Urgence : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيد عبد الرحمن و طريق أزمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalori@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - الفاكس : 05 22 89 52 59 - المستعجلات : 06 76 27 76 65

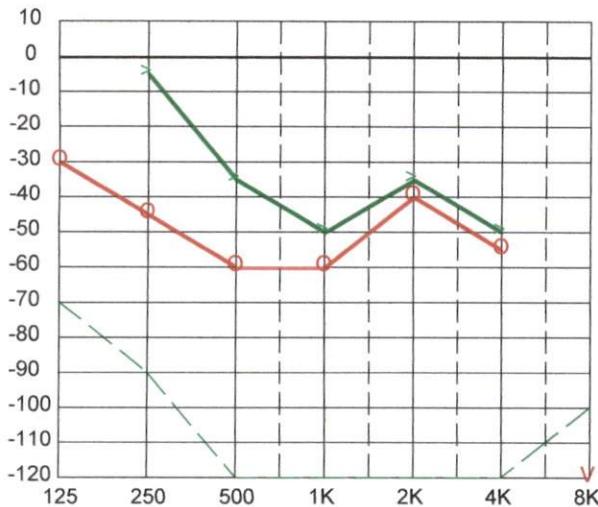
Nom: Khidioui

Prénom: Khadija

Date de naissance: 22/02/1948

Examinateur: El makhlooui

TONALE: 21/11/2022

TYPE DE COURBE AUDIOMETRIQUE OD

Hypoacusie mixte Stade 4

Pente horizontale de 14%

PERTE AUDITIVE MOYENNE EN dB (0-120)

	Aérienne	Osseuse	Rinne
Oreille Droite:	53.5	42.5	17.0
Oreille Gauche:	60.5	48.5	20.0
Binaurale:	54.4	Physio:	29.4

PERTE AUDITIVE SUR FREQ. AIGUES (4K,6K,8K)

Oreille Droite:	N.C.
Oreille Gauche:	N.C.
Physio:	53.0

INCAPACITE AUDITIVE (0-100%)

Oreille Droite:	0 %
Oreille Gauche:	71 %
Binaurale:	9 %
Physio:	22 %

TYPE DE COURBE AUDIOMETRIQUE OG

Hypoacusie mixte Stade 4

Pente horizontale de 13%

PERTE AUDITIVE MOYENNE EN dB (Méthode A.C.)

Oreille Droite:	55.0
Oreille Gauche:	60.0
Binaurale:	55.6
Physio:	27.0

PERTE DE SELECTIVITE en dB(d:4K-1K)

Oreille Droite:	0.0
Oreille Gauche:	10.0
Physio:	20.0

PROFIL AUDIOMETRIQUE (0-10)

Valeur:	5.2
Physio:	4.1

WEBER