

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 de biologie 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 ALQ :

- 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 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0018639

163323
Autres

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 237 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : EL DOUTI Mohamed
 Date de naissance : 1928
 Adresse : Rue 6 Bd ABIRAKRAK au 1er sda
 Tél. : 06 74 29 30 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

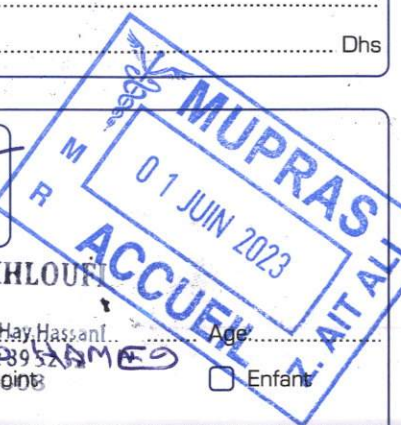
Cachet du médecin : Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
 1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassan
 Casablanca - Tél : 05 22 89 52 52
 I.N.P.E. 091164608
 Date de consultation : 12 / 04 / 23
 Nom et prénom du malade : EL DOUTI Mohamed
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
12/04/23	G		3.000,00	Dr. Kamel EL MAKHLOUFI O.R.L. 1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassan Casablanca - Tél: 0522895252 I.N.P.E.091164608

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/04/23	134,80

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

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 المخلوфи

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العلق .

والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسيل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

12/4/27

7^e Et Douch 10h

13480

No happy / . 800

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
PHARMACIE
Tél: 05 22 89 52 52

T: 13480

LOT 222475
EXP 07 2026
PPV 134.80

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
O.R.L

1, Bd. Abdelhadi Boualeb, Hay Hassani

Casablanca - Tél: 05 22 89 52 52

I.N.P.E 091164608

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 الحضريّة للحيّ الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور 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