

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

- 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.

9492

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9492 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HOPRY Mohamed

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : LOT haj Fateh N° 132 oufya casa

Tél. : 06.65.03.14.29 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/07/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé ^{s.d.} des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
31/07/2015	123 45		300 DA	 Dr. Hassan El Boulaeb, Hay Hassani Tel: 05 22 89 52 52 N.P.E. 091164608

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMA CSA BLD Rte. Haïfa 6 Télé 03291928	3/10/23	146,30

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
		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.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION			<input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>																
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="3">B</td> </tr> <tr> <td colspan="3">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B			35533411 11433553		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	G																		
	B																		
	35533411 11433553																		
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>																
DATE DU DEVIS			<input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION			<input type="text"/>																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

الدكتور كمال المخلوفي

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.



أمراض و جراحة الأنف، الأنف، الحنجرة، الوجه، العنق .

والكشفات الوظيفية لأمراض الأنف الداخلية للктار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأنف الداخلية والدوخة

89/5/23
Chouïeket Latif

11 Brotac plus
N25,00 1S 2x8 89



6 118000 191025

2 X Colypt 388 89

89

37 21.30 1 TRR 388
21.30 146.30 STEPHARMACEUTAMZ
CASABLANCA 388
Casablanca - Tel: 0322 93 10 20



Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
Spécialiste O.R.L
1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani
Casablanca
Tél : 05 22 89 52 52
E.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 : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

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

البريد الإلكتروني : 05 22 89 52 52 - الهاتف : Kamalorl@hotmail.com