

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 0361 Société : R.A.M			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : DOUADI-HAOJ			
Nom & Prénom : M. DOUADI-HAOJ			
Date de naissance : 11/12/1961			
Adresse : 33, Rue d'IMMOUZER-HAY SALAM (EXCIL)			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Kamal EL MAKHLOUFI Spécialiste G.R.L 1, Bd Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani Casablanca Tél: 05 22 89 52 52 IN.PE.091104608			
Date de consultation : 10/04/2013			
Nom et prénom du malade : DIAWOUADI ALLAL AJ			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Appel à l'chein om			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 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 : CASABLANCA Le : 02/08/2013			
Signature de l'adhérent(e) : Daoudi			

(Handwritten signature over the declaration form)

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
11-8-12	KAD		3000.00	INP : 093456789 1A - 1, Bd. Abdellahidi Bou Casablanca Tél : 052 123 4567

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Emplacement du Pharmacien ou du Fourguiseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Naima	01.08.23	103.50
Spécialiste O.R.L.		
André Hadi Boutaleb, Hay Hasnaa		
Tel: 05 22 89 22 52		
IN.P.E. 091164603		

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 canalaires, 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"/>	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
				COEFFICIENT 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				

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، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق.

والكشفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسل، فرنسا

عضو في الجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani Casablanca

Tél: 05 22 89 52 52

I.N.P.E. 097 76 46 08

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M Douadi EL Haf

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

Assistan^t au Dr Soussi - Microscopie

15.10

S'élevant à la somme de 100 DHS

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
Spécialiste O.R.L
1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 89 52 52
I.N.P.E. 097 76 46 08

Immeuble 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 بحي الحسني، ملتقى شارع سيد عبد الرحمن و طريق أزمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : الهاتف : 05 22 89 52 52 - الفاكس : 05 22 89 52 59 - المستجدات : 06 76 27 76 65



8 032578 479676

LOT 230263
Date 2026/03
PPC : 89,50 DH

MAKHLOUFI

Face et du Cou.

de Genève.

aux Universitaires de Genève.

le, Rouen et Bruxelles.

rnationale d'Oto-Neurologie.



الدكتور كمال المخلوفي

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

Date : 01/08/2023

Patient : DOUADI EL HAJ



89.50

APIXOL SPRAY

2 pulvérisations 4x/j

14.00

doliprane 1 g



1cp 3x/jour si douleurs ou fièvre

103,50



Dr. Kamal EL MAKHLOUF
Spécialiste O.R.L

1, Bd. Abdellah Boutaleb, Hay Hassani

Casablanca

Tél : 06 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 الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدى عبد الرحمن و طريق ازمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalori@hotmail.com - الهاتف : 06 76 27 76 65 - المستجدلات :