

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

luation :

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.

taire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

N° W19-461837

ND: 37118

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0007015

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulkraiss Mohamed

MUPRAS

18 AOUT 2020

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660316306

Total des frais engagés :

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Boulkraiss Hiba

Age : 22 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Paralysie Facial

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
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

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| achet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| achet et signature du ratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|--|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|------------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| <i>MAURICE JOURDAN</i> | 08/07/2 | 10 (ma) | | | | <i>1000000 M. JOURDAN</i> |

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 .

والكشفات 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

ORDONNANCE

Date : 28/05/2020

Patient : BOUKHRAISS Hiba

Poids :

a faire svp reeducation du nerf facial gauche

POUR PARALYSIE FACIALE PERIPHERIQUE G

Dr. KAMAL EL MAKHLOUFI
Tél: 06 76 27 76 65
05 22 89 52 52

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

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

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

PEC @ mupras.com

عيادة الترويض الطبي والعلاجات الكروية المائية لحسن CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

FKIRA Hassan

Kinésithérapeute Rééducateur

58, Bd. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 91.16.79



فقيرة حسن

اختصاصي في الترويض الطبي

58، شارع أفغانستان
الحي الحسني - الدار البيضاء
الهاتف : 91.16.79

FACTURE

Casablanca le, 03/07/20

Nom : BOUKHRAISS Prénom : HIBA

Employeur :

Date de prescription :

Assurance : MUPRAS

Soins de rééducation au cabinet

Séances (Kinésithérapie): 10 (dix)

Honoraires

Rééducation Pour

Paralysie faciale gauche périphérique

Appareillage (Orthèses, Contentions, Elastoplastes ...)

Intervention sur le terrain

Nature :

Montant Total

Montant

1500 Dhs
(Mille cinq cent dhs)