

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.

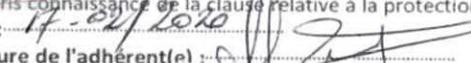
Adresses Mails utiles

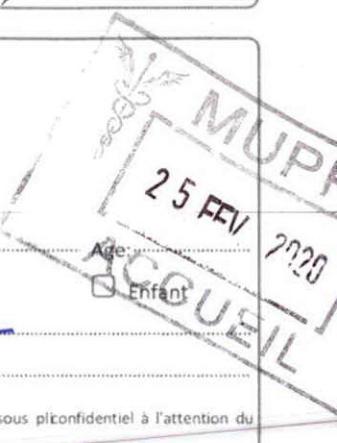
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2M1</u>		Société : <u>RHM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>Retraité</u>	
Nom & Prénom : <u>LAZREG Ahmed</u>			
Date de naissance : <u>13-11-1951</u>			
Adresse : <u>500 HAJ FATHA Casablanca</u>			
Tél. : <u>0667736604</u>		Total des frais engagés : <u>669,70 Dh</u>	
05 22 90 17 39			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. EL MAKHLOUFI Kamal Chirurgien-Dentiste - Spécialisation Fonctionnelle Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Hassan II - Casablanca Tel : 05 22 89 52 52 - 06 76 27 75			
Date de consultation : <u>17-02-2020</u>			
Nom et prénom du malade :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : <u>Fracture</u> <u>DL</u>			
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 : 17-02-2020 Le : 28-02-2020
 Signature de l'adhérent(e) : 



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
12/02/2020	CS		25000	INP 09166608 Un fonctionnaire de l'Etat Karama Berrahmoun Gassef 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17 Fevr 2020	4.19,70 D/2 ICE: 0004093500000038

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 .

والكتشوفات 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

LOT:0036N007
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

LOT:0036N008
PER:02/2021
PPV:190,00 dh

pommade Tube de 15 g

39,70

Date : 17/02/2020

Patient : LAZREQ Khadija

Poids :

190,00 x 2 = 380
AEROMAX

2 pulvérisations par narine 1x/j pd 3mois

39,70

FUCIDINE pommade

1 application 2x/j pd 7j dans le nez.

T = 4 19,70 dt

17 Fevr 2020



Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Chirurgien ORL Explorations Fonctionnelles
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
Et Route d'Azemmour - Casa
Tél: 05 22 89 52 52