

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

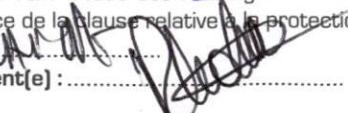
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5786
Société : DDM
 Actif Pensionné(e)
 Nom & Prénom : KHIDRI HASSAN
 Date de naissance : 10/07/1960
 Adresse :
 Tél. : 0661267747 Total des frais engagés : 286.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 14/11/2022
 Nom et prénom du malade : KHIDRI HASSAN Age :
 Lui-même Conjoint Enfant
 Lien de parenté :
 Nature de la maladie :
 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 : Casablanca Le : 07/11/2022
 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
14/11/22	Cs		87090	<i>Dr. Kamal Butaleb 05/11/2022</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NICE</i> 1. AV. Nice Résidence Bourgogne RD Mg. N° 21 Bourgogne Corbillancor Tel: 05 22 94 93 39	14-11-22	536,90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

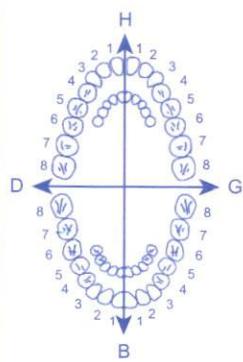
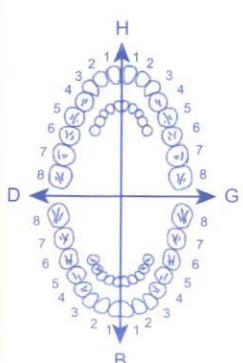
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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.

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				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D	00000000	B	00000000	DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
B	35533411		11433553	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/>
					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/>

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 الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروكسل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية واللعنة

14/11/02

D° Khodidjou Hassani

PPU: 168,20 DH
LOT: 649465
PER: 02/24

O 168,20
Aymoules 15

48,70 18mt 2x8 87

⑩ Solupred 20mg

3g/le sachet

⑩ OVRIVIN

PHARMACIE NICE
1. Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD Mg. N° 3. Bourgogne
Casablanca
Tél: 05 22 94 93 39

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V: 48,70

6 118000 060536

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
ID: 649464
PPV: 115,00 DH
6 118001 142262

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Spécialiste ORL
1 Boulevard Abdellatif El Jazouli
20230 Casablanca Tél: 06 22 94 52 52
N° TÉL: 06 76 27 76 65

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

عمراء 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 - المستجدلات : 06 76 27 76 65

2010c

87 FAVARRE RO

A circular red seal impression, possibly a collector's or artist's mark, located in the upper left corner of the page.

1837

T: 536,90

PHARMACIE NICE
1, Av. Nice Résidence Bouarfaa
RD Mg. N° 3, Bourgogne
Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

DR. EL MAKHI OUIF Kamal
1 Boulevard Abdellatif Boutaleb
20230 - Casablanca
INPE 89115
S 17000
05 22 89 52 52

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Al sebâa Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH
6 118001 080830

6 118001 080830