

# 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.

M22- 0014999

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : <b>6961</b>	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <b>GMIoui MOHAMMED</b>	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. : <b>06 61 07 03 89</b> Total des frais engagés : <b>433</b> Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

<b>Gachet du médecin</b>	<b>MAKHLOUF Kamel</b>
<b>ACCEUIL</b>	<b>Boulevard Abdellatif Ben Abdallah</b>
<b>GMIoui</b>	<b>20230 - Casablanca</b>
<b>2 / 01 / 623</b>	<b>Tél 05 22 20 45 45</b>
<b>Nom et prénom du malade :</b>	<b>GMIoui MOHAMMED</b>
<b>Lien de parenté :</b>	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<b>Nature de la maladie :</b>	<b>ALD</b>
<b>Affection longue durée ou chronique :</b>	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
<b>Pathologie :</b>	
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 : **CASA** Le : **12 / 01 / 2023**  
 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
12/01/23	CS		300P	OK/Abdelhadi Boulaeb
		1405	100	Tél. 05 22 22 52 -
				MAKIN
				Boulaeb

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/97	33.60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

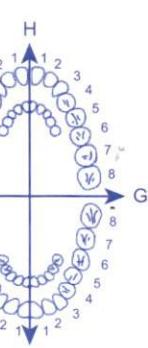
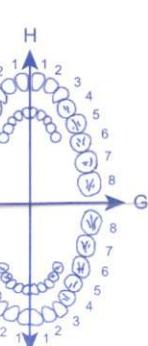
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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 بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والوجهة



UFI

Cou.

PPY: 33,00DH  
PER: 09-2024  
LOT: R010478

itaires de Genève.  
Bruxelles.

Membre associé de la Société internationale d'Oto-Neurologie.

12/04/2029

33<sup>rd</sup> Spectrum 8B  
April 2029 09 AM



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIRED I Roukia  
15-16 Rue Kergomar  
Résidence Amith - Casablanca  
Tél. 022 79 79 01

Dr. EL MAKHLOUFI Kama  
Spécialiste ORL  
1 Boulevard Abdellah Boutaleb  
20230 Casab Tél 05 22 89 52  
NPE no:

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 : 05 22 89 52 52 - الهاتف : Kamalori@hotmail.com

**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، الأنذن، 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

Casablanca, le :

MAKHLOUFI  
 Dr. K. EL MAKHLOUFI  
 20230 Casablanca - Tél. 05 22 89 52 52 -  
 INPE 091 - Sidi Abderrahmane Boutaleb  
 100% Spécialisé à l'oto-neurologie

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M ..... *Gnioni* *Makhloufi*

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour

*ASPIRATION O.R.L sous-Microscopie*

*100*

S'élevant à la somme de *100* DHS

Signé  
 Dr. K. EL MAKHLOUFI  
 20230 Casablanca - Tél. 05 22 89 52 52 -  
 INPE 091 - Sidi Abderrahmane Boutaleb  
 100% Spécialisé à l'oto-neurologie

Immeuble Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour , Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalor@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Fax : 05 22 89 52 59 - Urgence. : 06 76 27 76 65

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

البريد الإلكتروني : Kamalor@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - الفاكس : 05 22 89 52 59 - المستجدلات : 06 76 27 76 65