

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



Déclaration de Maladie

W21-843773

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2055 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : A. Bazi Gaid

Date de naissance : 13.03.1952

Adresse : Route D'Azrou - Résidence DOHA N°26

Tél. : 0522391697 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Kamal EL MAKHLOUFI
O.R.L.
1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassan
Casablanca - Tél: 05 22 80 52 52
IN.P.F. 031154113

Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : REGINA MACHA Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
mf	27.08.2024	226,50
mf	20.08.2024	39,70

[illegible][illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 المخلوфи

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

ون 0,05 % مرهم

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Region Rabat
LOT : 529
PER : DEC 2026
PPV : 22 DH 70

Date : 27/02/2024

Patient : REGINA MARIA

22,70

DIPROSONE POMMADE

1 application 2x/j dans les deux oreilles

FUCIDINE pommade

1 application 2x/j dans les deux oreilles

POLYDEXA Oreille

3 gouttes 3x/j pd 8 jours dans l'oreille droite.

AERIUS

1 CP PAR JOUR PD 1 MOIS le soir

BOUCHONS ANTI EAU

HUILE D AMANDE DOUCE

1 application 1x/j dans les deux oreilles

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI
O.R.L.
1, Bd. Abdelhadi Boutaleb, Hay Hassani
Casablanca - Tél: 05 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.

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

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

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT: 106
PER: SEP 2024
PPV: 102 DH 60

Pharmacie SIDI EL KHADIR -
Casablanca

👤 Omar El Fidaoui
☎ 0522913046
📍 1367.RUE MY BOUCHAIB REDDAD .DERB JAMILA HAY
HASSANI

Vente N° 20240301-726

Date
2024-02-20

Adresse

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
OTIPAX GA 0.04 SOLUTION AURICULAIRE 20ML	1	20.20	7%	20.20
OTRIVINE 1% SPRAY NASAL	1	19.30	7%	19.30
Total HT		TVA	Total	
36.92 DHS		2.58 DHS	39.50 DHS	

Arrêté la présente facture à la somme de : Trente-Neuf DHS et Cinquante centimes

