

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

cique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

## Déclaration de Maladie : N° P19-0021178

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3048 Société : /

Actif  Pensionné(e)  Autre : /

Nom & Prénom : ICHARBOUCH EL MOSTAFA Date de naissance : 26/11/56

Adresse : habilieelle

Tél. : 0676786605 Total des frais engagés : 131.22 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2019

Nom et prénom du malade : RHOCY 2019 ICA T L MOSTAFA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ACCUEIL 011

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 25/10/2019

## 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
21/10/19	CS+		250,00	250,00 KOF

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/10/2019	329,00

## 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	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

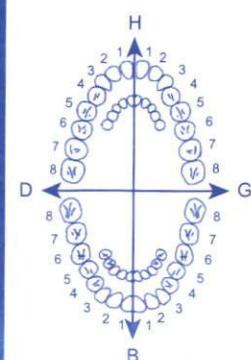
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

*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، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .

و الكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للأذن الصغيرة

دیجی کالج الطبع بخندف - سوسن ا.

عضو هیأة سادة بالمستشفيات الجامعية بجندوبة

150

عضو بالجامعة الدولية لأمن ارض الازن الداخلية والدنه خة

## ORDONNANCE

Date : 21/10/2019

**Patient :** KHARBOUCH El mostafa

**Poids :**

33,00

OEDES

1 CP PAR JOUR PD 1 MOIS.

120,000 x 3

AVAMYS

2 pulversisations par narine 1x/j pd 3mois

LOT 181031  
EXP 02/2021  
PPV 99.00DH

ID : 626403 GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115,00 DH  
  
6 118001 142262

ID : 626403 GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 115,00 DH  
  
6 118001 142262

**Dr. EL MAKHLOUFI Kamal**  
Chirurgien Ori Exploration Fonctionnelle  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Route d'Azemmour - Casablanca  
tél : 05 22 80 52 52 - 06 76 27 76 81

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

عمادة الحماعة الحضارة للحر. الحست، متنق، شارع سيد، عبد الرحمن و طبة، أذمو، مدخل «ب» الطابة، الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalor@hotmai.com - الهاتف : 0522895252 - المستعجلات : 0676277665

# 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 du C.H.U. de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.

## الدكتور حمال المخلوفي

أمراض وجراحة 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 بالجمعية الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Casablanca, le :

21/10/2019

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUF

Prie M *KHARBECH S L MOSTAFA*

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires

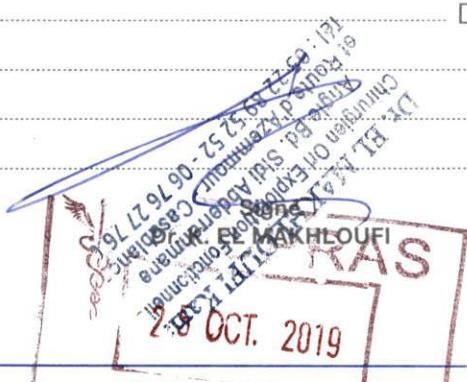
Pour *ASPIRATION OREILLE*

*KOF*

S'élevant à la somme de

*50*

DHS



Immeuble communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, étage B, 3<sup>me</sup> étage, App. 4.2030 Casablanca

E-mail : kamalori@hotmail.com - Tél. : 05 22 89 52 52 - Urgence : 06 76 27 76 65

عمراء الجمعة - نزهة للحي الحسني، ملتقى شارع سيدى عبد الرحمن وطريق أزمور، مدخل ب الطابق الثالث شقة رقم 4 - الدار البيضاء

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