

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.

Diagnostique 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.

Prothésaire :

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 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

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 - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.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 : KHARBOUCH EL MOSTAFA Date de naissance : 26/11/56

Adresse : habitude

Tél. : 0676786605 Total des frais engagés : / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 OCT 2019

Nom et prénom du malade : KHARBOUCH EL MOSTAFA

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

Nature de la maladie : ACCIDENT

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 : 25 / 10 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le paiement des Actes
21/10/19	CST		2500H	
	KOF		500H	

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

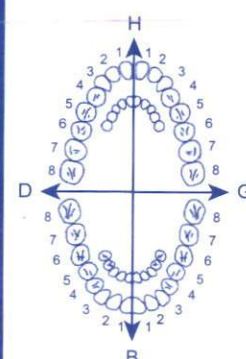
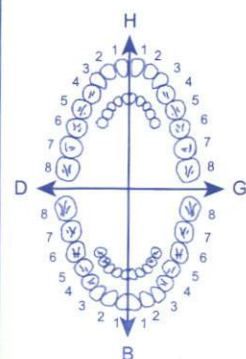
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, 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														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 .

والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.

عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،

بروکسیل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة



ORDONNANCE

Patient : KHARBOUCH El mostafa

Poids :

L0T 181031
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

OEDS

1 CP PAR JOUR PD 1 MOIS.

AVAMYS

2 pulverisations par narine 1x/j pd 3mois

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 115,00 DH
118001 142262

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

$T_0 = 329,00$

Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Chirurgien Ori Exploration Fonctionnelle
Angle Bd. Sidi Abderrehmane
et Route d'Azemmour - Casablanca
Tel : 05 22 82 52 52 - 06 76 27 76 81

E-mail : Kamalarl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضريّة للحبي، ملتقى شارع سببى عبء الرءمان وطريق أزمور مءءل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الءار الببضاء
البربء الإلكءرونى : Kamalori@hotmail.com - الءافء : 05 22 89 52 52 - المسءءءلء : 06 76 27 76 65

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 جمال المخلوفي

أمراض وجراحة 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 بالجمعية الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة

Casablanca, le : 21/10/2019

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur EL MAKHLOUFI Kamal

Prie M^{re}

KHARBOUCH EL MOSTAFA

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et

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

Pour

ASPIRATION OREILLE

KOT

S'élevant à la somme de

50

DHS

Immeuble communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, entrée B, 3^{ème} étage, App. 4, 20230 Casablanca

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

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزمو، مدخل ب الطابق الثالث شقة رقم 4 - الدار البيضاء

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

