

## 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 :

- Vérifications du médicament nécessaire et la facture de l'antécédent sont à joindre à la feuille de soins.

B. B. GOMBER

- 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 prothèse

- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-46908C

300 62

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : <b>6240</b>   | Société : <b>R.A.M</b>                |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif  | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | <b>S R H I E R O U A D I</b>    |
| Nom & Prénom :  |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>14-06-1960</b>   |                                       |                                  |                                 |
| Adresse :   |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : <b>0633058153</b>  |                                       | Total des frais engagés :        | <b>319,70</b>                   |
|  <b>22 JUIN 2020</b> |                                       |                                  |                                 |

|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  | Dr. EL MARI<br>Chirurgien fonctionnel<br>Anesthésiste<br>Auteur d'ambulance<br>Tél. 05 33 65 25 25<br>Fax 05 33 65 25 26<br>Casablanca<br>Tél. 05 33 65 25 27<br>Fax 05 33 65 25 28 |
| Cachet du médecin :   |    |
| Date de consultation :  | 29/06/2020  |
| Nom et prénom du malade :   | SRHIER OUADI Age: 60  |
| Lien de parenté :   | <input checked="" type="checkbox"/> lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |
| Nature de la maladie :  | Affection o.R.L   |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  |   |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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. *J. J. J.*

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : .....

C. *Chlorophytes*

Le 22/10/2023

|  |   |
|--|---|
| VOLET ADHERENT   |   |
| Déclaration de maladie   | N° W19-469080   |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | <b>MUPRAS</b><br><b>22 JUIN 2020</b><br>Matricule : <b>6940</b><br>Nom de l'adhérent(e) <b>SRHIER OUIABI</b><br>Total des frais engagés : <b>319,70 DH</b><br>Date de dépôt : |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |   |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                  |                       |                                |   |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|--------------------------------|---|
| Dates des Actes                | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraire | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
| 20/06/2020                     | 15               |                       | 250 DH                         | INP : 897764808<br>Dr. El Chiroudi Omer<br>Angla Bd. Sidi Abdellah<br>Route d'Azenmour<br>Tél : 05 22 89 52 52 - 06 76 21 |
|                                |                  |                       |                                |   |
|                                |                  |                       |                                |   |
|                                |                  |                       |                                |   |
|                                |                  |                       |                                |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| HARMACIE NICE<br>Av. Nice Résidence Bouarfaa<br>MG N°3 Bourgogne Casablanca<br>Tél.: 05 22 94 93 39 | 21/06/20 | 69,70,-               |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

---

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# Dr. Kamel 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 والدوخة

## ORDONNANCE

Date : 20/06/2020

Patient : SRHIER Ouadi

Poids :

30,00

**NURODOL 400 MG**

1 CP 3x/J SI DOULEURS apres repas

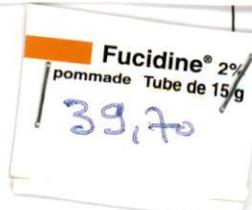


PPV : 30,00  
LOT :  
PER :

39,70

**FUCIDINE pommade**

1 application 2x/j pd 7j dans le nez.



69,62

PHARMACIE NICE  
Tél. 05 22 89 52 52  
RD MG N°3 Bouygues/Boulevard  
AV. N°60 Résidence Casablanca

Dr. K. MAKHLOUFI Kamel  
Chirurgien ORL Exploration Fonctionnelle  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Route d'Azemmour 24000  
Tél: 05 22 89 52 52

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 - المستعجلات : 06 76 27 76 65