

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

<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>11676</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ERRAJI EL BACHIR</b>			
Date de naissance : <b>30/10/1925</b>			
Adresse : <b>OUFLA CASA</b>			
Tél. : <b>0664418240</b> Total des frais engagés : <b># 860,50 DHS</b>			

**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin	<b>Dr. ELMANSOURI Hmame</b> <b>Spécialiste ORL</b> <b>Chirurgie Cervico-Faciale</b> <b>Angle Rue Boukrâ, Rés. Hanane Nassim</b> <b>1er étage Appart N° 2, Bourgogne - Casablanca</b> <b>Tel: 0522 21 ...</b>
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>10/09/2021</b>
Nom et prénom du malade :	<b>ERRAJI CHAKIR</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Affect. m.R.C</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 : **10/09/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **Gto**

#### **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
14/03/2021	-s		30000 DH	INP : 09A033QBB  Dr. ELMANSOURI spécialiste ORL Chirurgie Cervico-Faciale Souha Boukrab, Rés. Hanane Jassim Bourgogne - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/09/2012	560,150

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>26533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>G</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				26533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
26533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										



**ORL**  
et Chirurgie  
Cervico-Faciale

الدكتورة المنصوري إيمان  
Dr ELMANSOURI Imane



أمراض و جراحة  
الأنف و الحنجرة  
و جراحة الوجه و العنق

## Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

## Traitements et Chirurgie des Goitres

Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges

Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL

#### **طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأنف. الأنف والحنجرة**

وجراحة الوجه والعنق والخطوة المدرسية

#### **تشخيص الدهون. المطين و نقى السمع**

التشخيص بالمنظار الداخلي. أمراض الحساسية

## Casablanca, le

14/03/2021

الدار البيضاء، في

# Emoji Chokib.

34,0013

1) Alex Capriglione, 10 de Mayo

2). Risauel zeluton maslhi  
Spulung 1st 3rd to Sir

3) Polydextegette: !V  
Settgesetzung mit 084

4). Cotyledon long  
epigaeic di simpos  
S.V. 560,50  
~~560,50~~

~~ELMANSGURIMONE  
SPECIALESTE ORL  
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
Bulevardul Bucuresti nr. 144, Bucuresti Sectorul 1  
magazin - magazin - magazin~~

633، زنقة كلمية - الطلق الأول - الشقة 1 - بوركود (قرب صيدلية العيون) - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - (à côté Pharmacie Laayoune) - Casablanca

البريد الإلكتروني : mansouri@lri@gmail.com - الهاتف/fax : 05 22 20 21 00

ALER-Z® 10mg  
28 comprimés pelliculés sécables



ALER-Z® 10mg  
28 comprimés pelliculés sécables

28 x

6 118000 0081951

LOT : 201736

UT AV : 12/2023

PPV : 84,00 DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

N° du Lot 21A139

Date Per. 01 2024

P.P.V: 119,10 DH



Boîte de 28 comprimés pelliculés sécables

ALER-Z® 10mg  
28 comprimés pelliculés sécables

28

6 118000 0081951

LOT : 201736

UT AV : 12/2023

PPV : 84,00 DH

PPV (DH) : LOT N° : UT AV :

N° du Lot 21A139

Date Per. 01 2024

P.P.V: 119,10 DH



LOT : 200909  
UT AV : 06/2023  
PPV : 80,00 DH

UT AV :



PPV: 80DH50  
PER: 05/24  
LOT: K1287



PPV: 80DH50  
PER: 05/24  
LOT: K1287

