

# 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
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>ERNAJI EL BACHIR</b>			
Date de naissance : <b>16/18/92</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0664418240</b>		Total des frais engagés : <b># 300dh + 252,6dh # total 552,6</b>	
Cadre réservé au Médecin			
<b>DR EL MANSOURI Imare</b> <i>Médecin Spécialiste ORL</i> <i>Chirurgie Cervico Faciale</i> <i>Le 633, Rue Soulimana - 1<sup>er</sup> Etage</i> <i>Appt. N°1 Bourgogne - Casablanca</i> <i>Tél. Fax: 05 22 20 21 00</i>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>ERNAJI CHAKIB</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :			
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'atté médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASABLANCA** Le : **20/05/23**

Signature de l'adhérent(e) : 



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 20/05/2023	Natures des Actes S	Nombre et Coefficient 5	Montant détaillé des Honoraires 30000.00	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes INP : INPE: 091033696
-------------------------------	------------------------	----------------------------	---	---

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur INPE: 092038901 TELE: 06 22 20 20 04 PHARMACIE LAVAUJOUX	Date 20/05/2023	Montant de la Facture 25216.00
---	--------------------	-----------------------------------

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

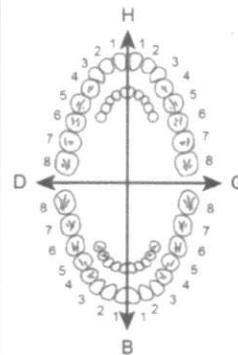
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

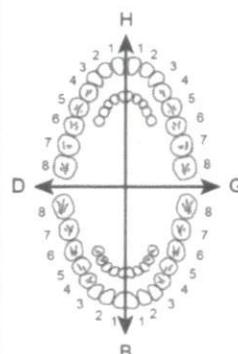
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS DENTAIRES



## 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE



# الدكتورة المنصوري إيمان

## Dr. ELMANSOURI Imane



Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
 Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges  
 Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL  
 Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأنف والحنجرة  
 وجراحة الوجه والعنق  
 تشخيص التدوخة، الطنين و نقص السمع  
 التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراض العساسية  
 طبيبة اختصاصية سابقاً بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

Casablanca, le ..... 20 Mai 2023 ..... الدار البيضاء، في

Ef Enagi Chakib

$$65,00 \times 2 = 130,00$$

2) Biotic plus 500 mg S.V. 5x31 grmp

40,00  
 e) Cotipid 20 mg S.V. 5x31 grmp

3) Aler 2 Acoplif de 50 mg S.V. 5x31 grmp

$$T = 252,60$$



633، زقة كلمية، الطابق الأول الشقة 1 بوركون - الدار البيضاء  
 Le 633, Rue Goulimma - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - Casablanca  
 Tél./Fax : 05 22 20 21 00 - الهاتف/الفاكس : E-mail : mansouriorl@gmail.com البريد الإلكتروني

مضاد حيوي

# بيوتيك® بلوس

أوكسيسيلين • حامض كلادوفولانيك  
علبة من 12 لفيفة

BIOTIC® PLUS 500 mg / 62.5 mg  
Poudre pour suspension buvable et sèche  
Boîte de 12 sachets - P.P.V. : 65.00 DH



6 11 8000 191582

62.50/500 ملخ

بلاستيك بلاستيك

بلاستيك بلاستيك

دواء مخصوص

6 11 8000 191582  
Bouteille de 12 sachets - P.P.V. : 65.00 DH  
Boîte pour présentation en vente au détail  
des magasins de vente au détail

BIOTIC PLUS

# بیوتیک بلومن

اموكسيسيلين + حامض كلاغولانيك

500 ملغ / 62,50 ملغ

LOT:K2021  
FAB:06/22 PER:06/24

## مسحوق لشراب معلق بروس

اموكسيسيلين + حامض كلاغولانيك

500 ملغ / 62,50 ملغ

LOT:K2021  
FAB:06/22 PER:06/24

## مسحوق لشراب معلق