

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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	CA	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule : <i>M779</i>	Société : <i>RAM</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : <i>LAGZIRI Samir</i>				
Date de naissance : <i>01/02/1975</i>				
Adresse :				
<i>0663169759</i>				
Tél. :	Total des frais engagés : <i>624,30</i> Dhs			
Cadre réservé au Médecin				
Cachet du médecin : <i>DR. ELMANSOURINE HAME CHIRURGIE CERVICO-FACIALE 7/10/2019</i>				
Date de consultation :				
Nom et prénom du malade : <i>Eng lagziri Ahmed</i> Age: _____				
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Invité(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <i>Affection g. L.C</i>				
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 : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :



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
01/10/13 -			2500	INP : 091033606 Dr EL MANSOURI M'hamed Spécialiste ORL Chirurgie Cervico-faciale Rue de la République 100 Boulogne-Billancourt 92110 Téléphone : 01 55 21 13 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/13	2500

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

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	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

الدكتورة المنصوري إيمان

Dr EL MANSOURI Imane

أمراض و جراحة
اللarynx، الأنف، والحنجرة
و جراحة الوجه والعنق

36,20

Chirurgie
Cervico-Faciale

36,20

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
des Goitres
des Acouphènes et des Vertiges
spiques - Allergologie ORL
pecialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

36,20

ablanca, le

05/10/15

الدار البيضاء، في

Lazzini Ahmed



1). Nazair solution nasale
1 pulv (J le siphon) 2ml

2). Endex sirop
36,20 x 3 19,00 2 cu J. PDT 2ml



3). Nuro dol sirop

1 doypack 264 x 3 J

eu Altemar



PHARMACIE
LOT : 3880
UT.AV : 06-21
PPV : 12DH80

PHARMACIE
DU QUAI D'AFRIQUE
Chirurgie Cervico-Faciale
des Goitres, Acouphènes et Vertiges
spiques - Allergologie ORL
pecialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août
Casablanca

744. زاوية زنقة كلميمة و زنقة أولاد سعيد، إقامة حنان جاسم 1، الطابق الأول الشقة 2، الدار البيضاء

4, Angle Rue Gourhima et Rue Ouled Said, Rés. Hanane Jassim 1, 1^{er} étage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca

Tel/Fax : 05 22 20 21 00 - الهاتف/fax : البريد الإلكتروني : mansouriorl@gmail.com

Lot:
A consommer
de préférence avant le:
PPC: 79,50 DH

15,50
5) Fita-polis enfant sirop

A can x 340 ml

Biotic plus soups

25x2 l j pdt 8

DR ELMANSOURI Imane
Chirurgie Cervico-Faciale
144, Angle Rue Boutkhia, Rés. Hanane Jassim
1er étage Appart N° 2, Bourguiba
Tel.: 0522 20 21 00

374,30

