

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.

N° W19-567543

56359

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	R 0678	Société :	R. A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAHRI Zoubida			
Date de naissance :	22 JBR	Boujlone Appel AGDAL	
Adresse :	Rabat		
Tél. :	066293462	Total des frais engagés :	222,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. MANDOURI AHMED Médecin Généraliste 30, Rue Allal Ben Abdellah Tel : 70 90 98 - RABAT </div>		
Date de consultation :	11/01/2021		
Nom et prénom du malade :	Nâmei - Bouabid		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	ZONA		
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 : Rabat
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 08/01/2021

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
05/05/2021	C	100		INPE: 101097483 Dr. MOUNOURI AHMED Médecin généraliste Larbi - RAAT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MICHL 2, AV. MICHEL Rocard Tél : 0537 67 35 54 / 06 72 87 78	05/01/20	212,40

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Docteur MANDOURI Ahmed
MÉDECIN ASSERMENTÉ

Médecine générale

D.U. : Gynécologie Médicale - Strasbourg

D.U. : Echographie générale - Paris

Expert près les Tribunaux

Sur Rendez-vous



الدكتور منصوري أحمد

طبيب محلف

الطب العام

د.ج. طب النساء

د.ج. الفحص الطبي بالأمواج ما فوق الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

بالميعاد

Rabat, le : 05/01/2021

Zouhairi MANDOURI

97,50 ₣ VITRERES - 200 ml
- ~~1 cap x 2 j ou 1/2 ml per day~~

30,00 ₣ eosine spray 6
- ~~10 ml j/mois~~

45,20 ₣ XYZAL gélées 100
- ~~1 gélule 1/2 fois/jour~~

35,70 ₣ Fucidine po. 2 p
- ~~10 mg/j~~

212,00 ₣ ~~NEUCHATEL 26/01/2021~~

30. زينة أبو فارس المرني (بجنب الفرض الفلاحي) - الرباط - سالفاتور

30, Rue Abou Faris AL Marini (à côté siège Crédit Agricole) - Rabat

Tel: 05 37 70 90 98 GSM: 06 61 29 59 30

INPE: 101097483

CICLOVIRAL® 200 mg

Aciclovir

Voie orale

LOT 19D068

EXP 11/22

PPV 97DH50

25 comprimés

LOT 201087 2

EXP 04 2024

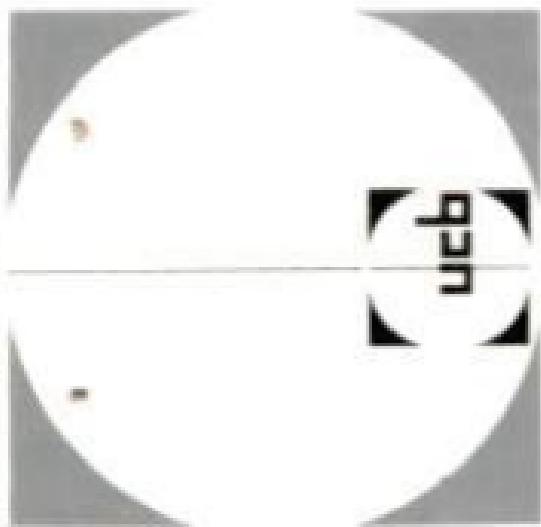
PPV 45/20

45/20

45 20



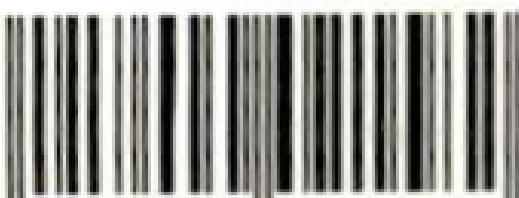
Dichlorhydrate de Lévocétirizine®



Xyzall 5 mg

14 comprimés pelliculés

Non remboursable AMM



6 118000 021582