

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-567543

56359

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 20628 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAHIRT Zouhira
 Date de naissance : 27 JBR Boukhane AppH AGDAL
 Adresse : Rabat
 Tél : 0661993402 Total des frais engagés : 222,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MANDOURI AHMED
 - Médecin Généraliste
 30, Rue Auguste Albert Marini
 Tél : 70-90-99 - RABAT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DAMEI Zouhira Age : 19/5

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 Le : 05 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
05/01/2021		2	180	INPE: 101097483 DR. BRINDORI ARIANE Médecine Générale Mars-Martinique KABAT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 P Tél : 0637 67 63 54 / 0637 67 63 54 - 0637 67 63 54 PHARMACIE MICHEL	05/10/20	812,-

[illegible]

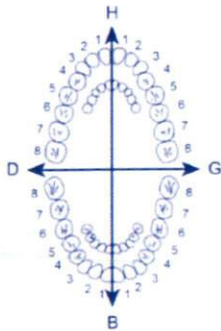
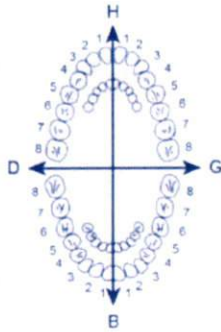
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, 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"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																							
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 منضوري 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

ZOUAIDA MARI

97,50) VIRREX-200 ille

- 1 spray au Rys ult
for

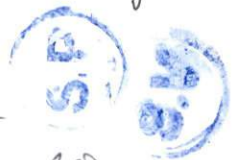
30,00)

eosine spray 14
100gms

210g

45,20)

XYZALL gélules ille
- 1 gélule 600mg



35,70)

Fucidine po 20

210g

212,00

05 37 70 90 98 - الرباط - الهاتف (بجانب القرض الفلاحي) - الرباط - الهاتف
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

PHARMACIE MANDOURI AHMED
RABAT
05 37 70 90 98

DR. MANDOURI AHMED
MÉDECIN ASSERMENTÉ
RABAT

CICLOVIRAL[®] 200 mg

Aciclovir

Voie orale

LOT 19D068

EXP 11/22

PPV 97DH50

25 comprimés

on repaas
200 mg
Voie orale

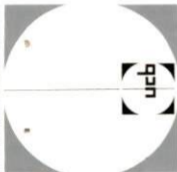
LOT 201087 2

EXP 04 2024

PPV 45,20

Xyzall 5 mg

Dichlorhydrate de Lévocétirizine*



Xyzall 5 mg

14 comprimés pelliculés



Non remboursable AMO



6 118000 021582