

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

- 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° W19-567545

56358

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) R. A. m | | | |
| Matricule : R.0678 | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : MAMRI Zoubida | | | |
| Date de naissance : 27/08/1945 | | | |
| Adresse : Rabat | | | |
| Tél. : 0661223202 Total des frais engagés : 375,00 Dhs | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : DR. MANDOURI AHMED Médecin Généraliste 30, Rue Allal Ben Abdellah - CASAB | | | |
| Date de consultation : 01/12/2010 | | | |
| Nom et prénom du malade : MAMRI Zoubida Age : 65 | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Bonne santé | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Aucune | | | |
| 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 Date : 01/12/2010
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 |
|-----------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/12/2020 | consultation ordonnance | 1 1 | fractur ordonnance | INPE: 101097483 HANDOURI AHMED Le 01/12/2020 Signature : ABAT |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MICHAELFEN 2, AV. MICHAELFEN, Agdal - Rabat Tél: 0337 67 33 56 / 0337 67 33 57 | 01/12/20 | 375,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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"/> |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 متفوق الصوتية

خبير محلف لدى المحاكم

بالميعاد

Rabat, le : 01/12/2020

-Mari - Boussra -

PPV: 10DH30
PER: 10/23
LOT: J2761

~~72,00~~
144,30 ₣ 180 ₣ de
+ 10,30 ₣ 30 ₣ Doliprane 500 mg

PPV: 10DH30
PER: 03/23
LOT: J985

~~10,30 ₣ 3~~
+ 10,30 ₣ 30 ₣ Doliprane 500 mg
126,30 ₣ Augmenter 180 ₣
146 ₣ inter
mm

PPV: 10DH30
PER: 04/23
LOT: J1119

63,20 ₣ 240 ₣ 10 ₣

PPV: 126,30 DH
LOT: 640236
PER: 09/21

PHARMACIE MICH'LIFEN
2, Av. Michel Ben Adda - Rabat
Tél : 0537 70 90 98 / 0537 70 26 47

Dr. MANDOURI
Médecine Générale
à côté Crédit A
Rue Abou Faris Al Marini
RABAT

30, زنقة أبو فارس المرنيسي، بجانب القرض الفلاحي - الرباط - الهاتف: 0537 70 90 98

30, Rue Abou Faris Al Marini (à côté siège Crédit A)

Tél.: 0537 70 90 98 GSM: 0661 29 59

INPE: 101097483

10,30
PPV 10DH30
PER 07/22
LOT 11816



63,20



زيرتك 15

زيرتك 10 ملجم



Zyrtec® 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

200 mg

ISOX®

Célécoxib

Voie orale



20 gélules



بروموفارم ش.م.م.
PROMOPHARM S.A.

144,30

LOT 19005

PER 05/22

PPM 144 DH 30

