

## 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.

N° W19-424511

couv'm

NP = 24 M6

<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 : M A M R I Z A A H I B A			
Date de naissance : 22 Août 1945			
Adresse : 27 JDS, Bourj El Kebir ACCUEIL 4, Rabat, Maroc			
Tél. :	0661223401	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>DR. MAMDOUH AHMED</b>                      Médecin Généraliste                      30, Rue Zouhour Al Marini                      Tél : 70-90-98 - RABAT                 </div> 			
Date de consultation :	13/12/2022	Age :	1945
Nom et prénom du malade :		Zouhour	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : 09 MAMBOUZI - pneumo -			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
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 : 13/12/2022  
 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
13/2/2020	Cey	18D	INPE: 101097483 MANSOURI AHMED Médecin Générale Centre Al Marini RABAT	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ZAHIA 12, Avenue Prince Moulay Rabat - Tel.: 05-21-11-11-11 Fax: 05-21-11-11-11</i>	<i>13/01/2020</i>	<i>441.10</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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"/>
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		$\begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array}$			
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
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 ملحق**

**الطب العام**

**د. ج. طب النساء**

**د. ج. الفحص الطبي بالأمواج ما فوق الصوتية**

**خبير ملحق لدى المحاكم**

**بالميعاد**

Rabat, le : 13/02/2020

- MARI - ZOUBIDA

131<sup>2</sup>  
x 3 7

TAREG - 80 ej's

- 144 ej's le test

239<sup>0</sup>

→

Polyg. sing

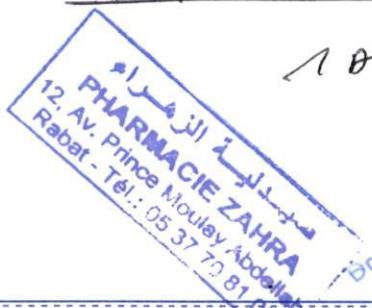
- 1-cc pycx 17 m' eto ny

227<sup>0</sup>

BAY cœutére acine

441.10

1075 ej's



*Dr. MANDOURI AHMED  
Médecin Général  
30, Rue Abou Faris Al Marini  
RABAT  
Tél.: 05 37 70 90 98  
GSM: 06 61 29 59 30*

30, زقة أبو فارس العريني (بجانب الفرض الفلاحي) - الرباط - الهاتف: 05 37 70 90 98  
30, Rue Abou Faris Al Marini (à côté siège Crédit Agricole) - Rabat  
Tél.: 05 37 70 90 98 GSM: 06 61 29 59 30

**INPE: 101097483**

# aycutène® N

Usage externe

## aycutène® N

Crème

Bayer

ur application locale.

t 1 g de clotrimazole et 0,0443 g d'acétate de

4 g de dexaméthasone).

zylique, Alcool cétostéarylique, triglycérides à

iphat KW et l'eau purifiée.

### Indication

stéroïde et d'un antifongique imidazolé à large

est préconisé dans les infections fongiques  
anti-inflammatoire importante.

utène® N crème est contre-indiqué en cas de :

clotrimazole,

alcool cétostéarylique ou à l'un des autres

s spécifiques (syphilis, tuberculose),

s d'origine virale (herpes, rosacée),

ination antivariolique,

ale,

f en cas d'eczème atopique,

rimestre de la grossesse.

a grossesse ainsi que chez les nourrissons,

pas être appliqué sur des surfaces cutanées

une longue durée. Il ne doit pas non plus être

itant.

Baycutène® N 15 g  
Crème



22,70



Baycutène® N

LOT :

PER :

PPV :

**TAREG® 80 mg**



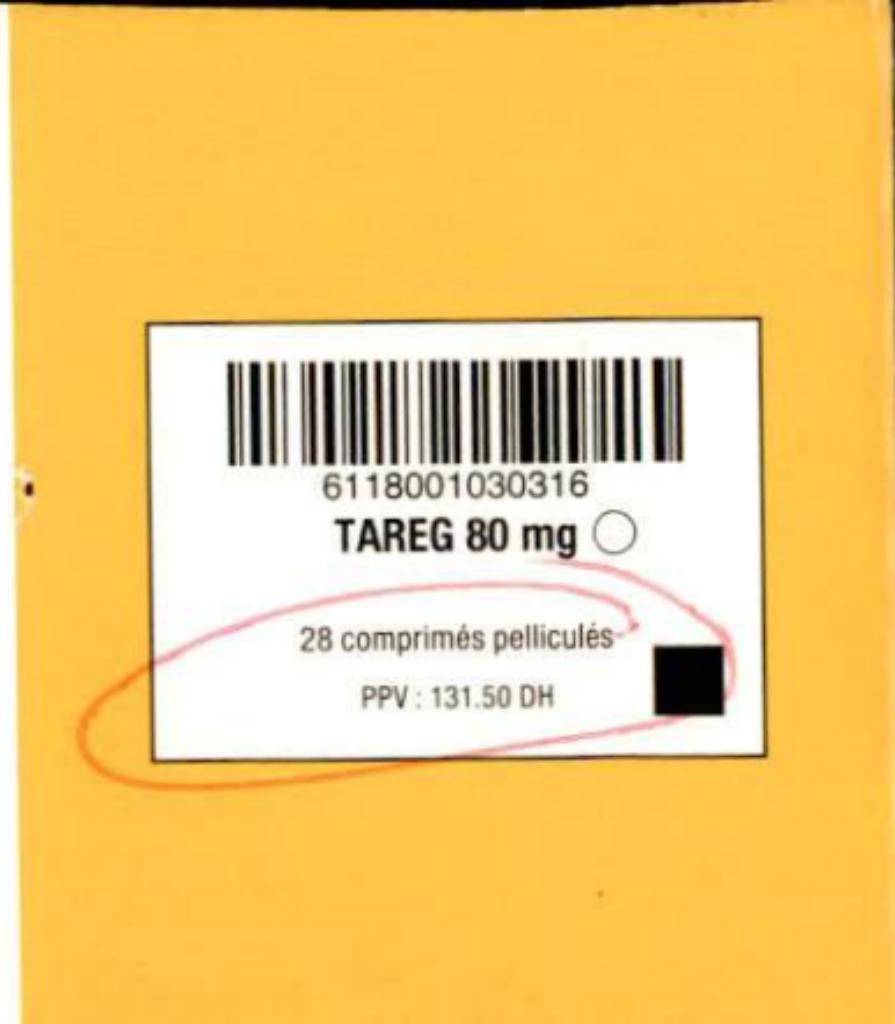
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Liste I - Uniquement sur ordonnance.**

**Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants**

احذر ممرا المقادير الصور فـ

لـنـدـأـ، يـصـرـفـ فـقـدـ بـعـبـ وـهـنـةـ طـبـيـةـ



EXP  
OT

04 2022  
BKP15

1752



**TAREG® 80 mg**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Liste I - Uniquement sur ordonnance.**

**Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants**

احفظوا المقدار الموصوفة

لأنه، أ، يصرف فقط بموجب وصفة طبية



EXP  
OT

**TAREG® 80 mg**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

**Liste I - Uniquement sur ordonnance.**

**Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants**

احفظوا المقدار الموصوفة

لأنه، أ، يصرف فقط بموجب وصفة طبية



EXP  
.OT

04 2022

BKP15

1752

