

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7761

Société :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : Y.A.QOUZA

Autre :

Date de naissance : 03/01/1963

Adresse :

Tél. : 0613627614

Total des frais engagés :

317,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/06/2023

Nom et prénom du malade : Y.A.QOUZA LATIFA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Desmrite

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

C. NINIA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

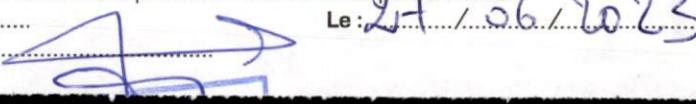
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Neuville

Le : 27/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/05/2012	Actes		300 DH	DR MARRA TAHAR N°s. Médecin: 207 N°s. Radiologue: 207 Dermatologue: 207 Dentiste: 207 N°s. Médecin: 207 N°s. Radiologue: 207 Dermatologue: 207 N°s. Médecin: 207 N°s. Radiologue: 207 Dermatologue: 207

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BISSAINE Lot Allaloune N° 207 Lissas, Casablanca Tél. 05 22 90 53 66 Dr S BENGHALEM	27/05/2012	17,40 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION		
							ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
								H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Dr. Tarik MARCIL

Dermatologue-Vénérologue

Chirurgie dermatologique

Ancien attaché à l'hôpital Militaire de Rabat

Diplôme de Pathologie Médicale et Chirurgicale
du Cuir Chevelu (Paris)



الدكتور طارق مرسيل

أخصائي في الأمراض الجلدية و التناسلية

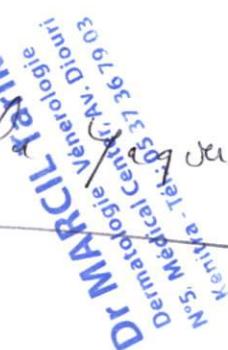
طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

شهادة في الأمراض الطبية و الجراحية لفروة الرأس جامعة باريس

Kénitra , le



La kifia
Dr. MARCIL



14.6.0

Demoval we  sur 1/2 107 107

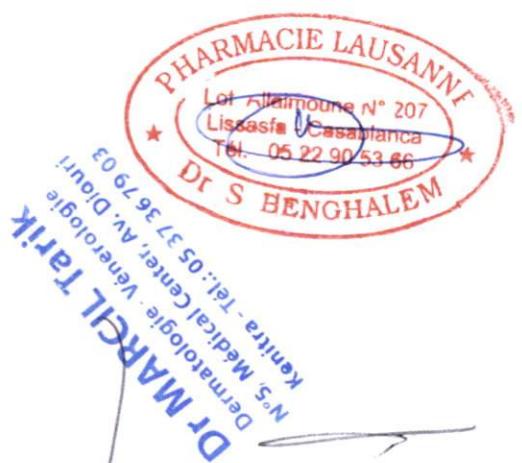
100 1/2 107 107

Tube de 10 g

0,05 % CREME

DerMOVAl

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 17,40 DH
18000161295



زاوية شارع مولاي عبد الله و شارع محمد الديوري - مكتب رقم 5 - الطابق الثاني - القنية
Medical Center , N2 ,5^{ème} étage Av. Abderrahmane et Md Diouri- kénitra-03 79 36 37 05 - Mail: docteur.marcil@gmail.com