

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.

Biologie 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.

Education :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réductions.
- 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-682256

Par
courrier

111096

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10302

Société : PATI

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI Abdellah

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : RESID LA VILLE ENNEA APP 4
RD MER DOURI Kacem

Tél. : 05222881

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/22

Nom et prénom du malade : ENOUSTI Aya

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dermatose infectieuse

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 : 23/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-682256

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/02/21 22/05/21	CS C2		25000	INP : 05 11869214 Date de fin : 2025-07-31 Signature : Dr Jean-Louis KERNA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/02/22	264.70

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

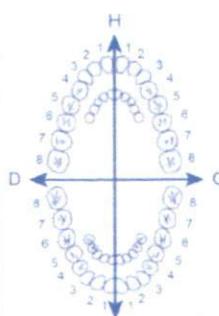
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

Dr. ABDOU AHLAM

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplôme de spécialité faculté de médecine de Rabat

Diplôme des lasers médicaux, injections
peeling et rajeunissement, Paris.

Membre de l'académie européenne de Dermatologie

Ex interne au CHU de Besançon, France

Maladies de la peau cheveux et ongles

Médecine esthétique

Maladies sexuellement transmissibles

Lasers dermatologiques

Chirurgie dermatologique

Dermatologie pédiatrique



051186914



الدكتورة عبدو أسلم

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتاليسية وطب التجميل

خريجة متخصصة من كلية الطب - الرباط

طبيبة متخصصة في المبكر الطبي، الحقن

وتشبيب الجلد - باريس

عضو بالأكاديمية الأوروبية لطب الجلد

داخلية سابقة بمستشفى بيسانسون، فرنسا

أمراض الجلد، الشعر والأظافر

طب التجميل

الأمراض المنقولة جنسيا

المبكر

الجراحة الجلدية

طب جلد الأطفال

Kénitra, le 23/02/22 / القنطرة في:

Nouski Aya

Derma care ~~gel sur ras~~
162,00 pour laver le corps.

14,30 ΔΧΤ

Rinforce ~~mem~~ ΔΧΤ
14,30 ΔΧΤ le soir 1mol 1/2
sur g torch 1ΔΧΤ le soir 1mol 1/2

22, Immeuble A, centre ville (Kénitra Mall) dr.ahlam.abdou@gmail.com

Bureau 4, 1^{er} étage, Av. Med Diouri - Kénitra . ☎ 05 37 39 75 66

Zadny l.

→ 88,40

88 h 91 esp 15 (S.V.) le soir. doj
26 h. 70 avant de dormir.

22. AV. Meo Boumouim Akemini Mall
Tél: 05 37 39 75 66
1. Avenue Est - Abidjan - Côte d'Ivoire
Autogate - Autogate