

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 605	Société : RAM 167310		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ADDALI THAMI			
Date de naissance : 01 - 01 - 1947			
Adresse : BLOC H N°116 Lot Haouzia Kefira			
Tél. : 0664234684		Total des frais engagés : 800,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR MARCIL Tanik
Dermatologie Vénérologie
N°5, Médical Center, Av. Diouri
Kenitra - Tél. : 05 37 36 7903

Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : EL ADDALI THAMI Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermiste

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Kenitra Le : 10/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL



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
10/06/23	C2		3000,00	002581150
				Centre de Radiologie Tél : 05 57 36 79 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/06/23		500,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

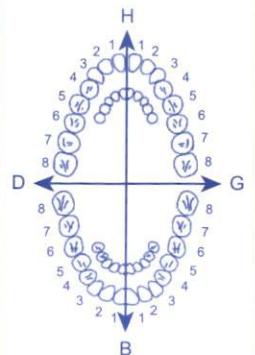
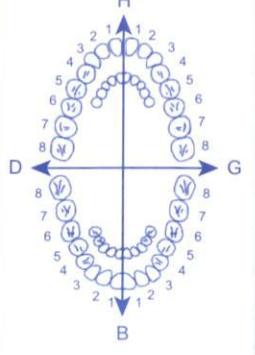
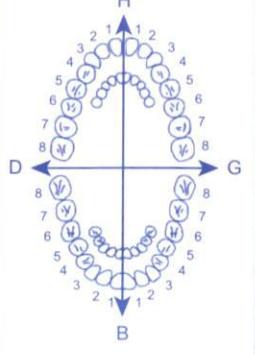
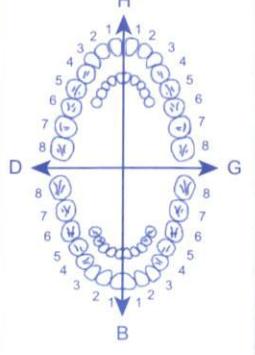
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXÉCUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553	B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Tarik MARCIL

Dermatologue-Vénérologue
Chirurgie dermatologique

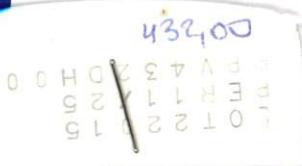
Ancien attaché à l'hôpital Militaire de Rabat
Diplôme de Pathologie Médicale et Chirurgicale
du Cuir Chevelu (Paris)



الدكتور طارق مرسيل

أخصائي في الأمراض الجلدية والتناسلية
طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
شهادة في الأمراض الطبية والجراحية لغوفة الرأس جامعة باريس

Kénitra , le 10/06/2023



432 ج

Thami El Addabi

Dr MARCIL Tarik
Dermatologie Venerologie
N°5 Medical Center, Av. Diouri
Kénitra, Tel: 0537 36 79 03

1) Valex 500 mg gel x 3/1 p 7 jours

22,20

2- 60 doliprane 1,0 p x 3/1

46,40

3- Septica spray 1L x 2/1

(S.V)

500,60.



MARCIL Tarik
Pathologie Venerologie
N°5 Medical Center, Av. Diouri
Tel: 0537 36 79 03