

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

MUPRAS - 10, Rue Alou 8e à Abidjan - Avenue Cité 4 - 01000 Abidjan - Tél. 010 27 22 78 18 - Fax : 010 27 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495032

32774

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 605	Société : RAM		
<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 Haouzia Kenitra			
Tél. : 0664234684	Total des frais engagés : 359,10 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;">  </div>			
Date de consultation : 10/05/2020			
Nom et prénom du malade : El addali Thami Age: 73			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Oxydodystrophie			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/06/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des honoraires
17/06/2005	C2		250,00	INP : OSU11105 Dr MARIAM Tarik Dermatologie - Venerologie N°5 Medical Center, Av. Diouri Kerifra - Tel... 0537 36 79 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU BERRY - KERIFRA	17/06/05	109,10

ANALYSES - RADIographies

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

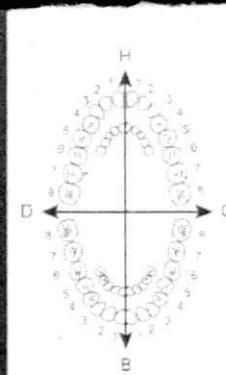
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

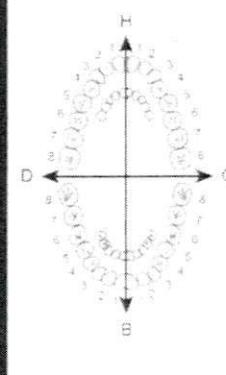


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433563

(Creation, remont, adjonction)
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse



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 والتتناسية

طبيب سابق بالمستشفي العسكري محمد الخامس بالرباط

شهادة في الأمراض الطبية والجراحية لفروة الرأس، جامعة باريس

Kénitra, le 17.06.2020



39,70.

El addali Tarik
Dr MARCIL Tarik
Dermatologie - Vénérologie
N°5, Médical Center, AV. Diouri
Kénitra - Tél.: 05 37 36 79 03

LOT : 9011
UT. AV : 03-23
P.P.V : 34 DH 70

1) Funde enre app x 2,7 ml

pourcen de l'oye

$$34,70 \times 2 = 69,40$$

2) Shampooing lotion app 1,2 10 jay

ml le cuir chevelu

LOT : 9013
UT. AV : 03-23
P.P.V : 34 DH 70



زاوية شارع مولاي عبد الله وشارع محمد السادس
مكتب رقم 5. الطابق الثاني. القنيطرة. الهاتف:
05 37 36 79 03
Medical Center, N2, 5^{ème} étage - angle Av. My Abderrahmane et Md Diouri - Kénitra - 03 79 36 37 05 - Mail: docteur.marcil@gmail.com

