

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9619

Société :

RGM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRINE

Abdelham

Date de naissance :

08/03/1962

Adresse :

Tél. : 0665122088

Total des frais engagés :

1274,50

Cadre réservé au Médecin

Dr. Jihane EL CADI
Dermatologue - Vénérologue
34, AV. Mly Abderrahmane
Résidence "El Nour" N° 3
KENITRA Tel. 05.37.32.54

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/09/2020

Nom et prénom du malade :

GRINE ACHRAF

Age: 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection de nature logique

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'af médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Kenitra

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL
0205.5135.51
Le : 06/09/2020
MUPRAS

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
10/09/20	électro - capulation	1000,00 DT	051469985	Dr. Jihane EL CADI Dermatologue Vénérologue 34, Av. Mly Abderrahmane Résidence "EL HAJ" N° 3 KENITRA - Tél.: 05.37.32.54.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Jihane EL CADI Sara G.M. Dr. EL HAJ Souscriteur Tél: 05 37 35 09 21	10/09/2020	274,50

INP : 052069846

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Creation, remont, adjonction]
Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Jihane EL CADI

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, cheveux et ongles.
Maladies sexuellement transmissibles.
Allergologie - Cosmétologie



الدكتورة جهان القصي

إختصاصية في أمراض و جراحة الجلد.
الشعر والأظافر.
الأمراض التناسلية.
حساسية الجلد - التجميل.

Kénitra le

10/09/2000 القنيطرة، في

M^{me} GRINÉ Achraf

- 1) Pectadine vert solution
25,00 (2 flacon)
- 2) Compresses stériles (30) 30,00
172,6x3 = (3 sachets)
- 3) Scarsmed crème en
silicone
197,75 2x1/2, cicatrices, 02 mois

274,50

AL PHARMACIE AL MANAL
AL MANAL DR. EL. HA. JOLJI SARA
G.R. N° 30 Quai Ouhd - Kénitra
Tél: 06 37 36 09 21

Dr. Jihane EL CADI
Dermatologue - Vénérologue
34, Av. Mly Abderrahmane
Résidence "El Nour" N° 3
KENITRA - Tel: 05 37 32 54 92

34, شارع مولاي عبد الرحمن، إقامة "النور"، رقم 3 - القنيطرة

☎ : 05 37 32 54 92

@ dr.elcadijihane@gmail.com

Scarmed®

Gel de silicone

سكارمد

سيليكون جل

للوقاية من تكون الندوب
يساعد على التئام سطح الجلد المصاب.

Mode d'utilisation:

Nettoyer la région de la peau concernée, bien sécher et appliquer une petite quantité de Scarmed et la faire pénétrer par léger massage du bout des doigts. En règle générale, 2 applications par jour matin et soir avant de se coucher.

1. Ne pas laisser à la portée des enfants.
2. Pour usage externe seulement.
3. Évitez le contact avec les yeux.
4. Ne pas utiliser sur une peau ouverte.
5. Ne pas utiliser si le scellé ou le tube est ouvert et / ou endommagé.

طريقة الاستعمال:
تنظيف المنطقة المغيرة وتُجفف جيداً، توضع كمية صغيرة من الجيل وتدلك بلهف. يجب أن يستعمل الجيل مرتين يومياً صباحاً ومساءً قبل النوم.

المكونات: ديميثيلكوتون، ديميثيلكوتول،

سايكلوپنتاسيلوكسان، سيتيل ديميثيلكوتون

Composition: Diméthicone, Diméthiconol, Cyclopentasiloxane, Cétyle Diméthicone.

• يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.



Scimed Pharmaceutical Research Co. (Holder de la Licence)

PO BOX 710473 Amman 11171 Jordan

Scimed

Pour :

Scimed

لـ :