

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 canaux, 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 canaux.

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 : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-792653

162352

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11877 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : FLOUATI IMANE

Date de naissance : 29/02/1975

Adresse : 26 LOT JAWHAR TARGA - MADRASHAH

Tél. : 0661473555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/05/2023

Nom et prénom du malade : LASNOLLES SOPHIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

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.

Le : / /

RELEVÉ 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
12/05/2023			2500F	DERMATOLOGUE 05 24 30 44 30 INPE: 071171193

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
12/05/23	146,60	INPE: 072061328

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

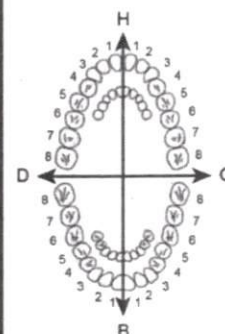
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ilham HOUSNI ALAOUI

Dermatologue

Maladies et Chirurgie de la
Peau, Cheveux et Ongles
Dermato-allergologie et Laser
Médecine Esthétique

Diplômée en Dermatologie Pédiatrique
de la Faculté de Montpellier (France)

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1,27182-Bouskoura



الدكتورة إلهام حسني العلوي

أخصائية أمراض الجلد

أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر

حساسية الجلد

طب التجميل و الليزر

خريجة كلية مونتبلي (فرنسا)

في طب جلد الأطفال

12 mai 2023

Mlle LASMOLLES Sophia

BIRETIX TRI-ACTIVE SPRAY

1 application le soir sur le dos

146,60
EPIDUO GEL

1 application 1 soir sur 2 sur tout le visage sauf contour des yeux (en petite quantité)

HYSEAC HYDRA CRÈME @ Crème d'eau Uriage

1 application le matin sur tout le visage

EUCERIN 50+ TOUCHER SEC

1 application sur tout le visage toutes les 2 heures

RDV 3 semaines

PHARMACIE PREMIUM
SAB AU
2-15 Marrakech
Propriété Jawhar
Tél : 05 24 36 44 33
ICE : 001680249000000

DR ILHAM HOUSNI ALAOUI
DERMATOLOGUE
05 24 36 44 33
0445:071692

Bureau 11 (3ème étage) Résidence Bergis
Attawfik3, Avenue Moulay Abdellah Marrakech

المكتب 11 (الطابق 3) إقامة برجيس التوفيق

شارع مولاي عبد الله مراكش

Tél : 05 24 30 44 30

e-mail : i.housni.alaoui@gmail.com