

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

- 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.

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

M22- 0042180

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABEROUCH AÏSSA
 Date de naissance : 04/10/1951
 Adresse : Immeuble EL Menzeh n°313 - Av des FAR - AGADIR
 Tél : 0707 41 051 Total des frais engagés : 1131,95 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilham OULHOUS
Dermato - Vénérologue
N° 3, Av. Hassan II, Im. Hassania
Tél: 05 28 84 64 84

Date de consultation : 01/02/2023

Nom et prénom du malade : AL KEDDAD Nagma Age: 52

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

Nature de la maladie : Dermatose

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 : AGADIR Le : 01/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042180

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :


Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :


Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/09/2023	Cs		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/2/2023	831,95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

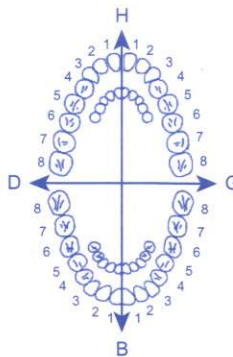
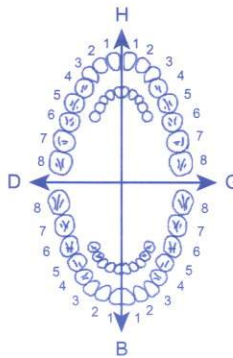
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham OULHOUS

Dermatologue - Vénérologue

Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu
maladies sexuellement transmissibles
cosmétologie médicale, comblement
laser épilatoire et vasculaire
Greffe de cheveux

الدكتورة إلهام أوحوس

إختصاصية في الأمراض
الجلدية و التناسلية
جراحة وحساسية الجلد
طب التجميل و الليزر
زراعة الشعر

ORDONNANCE

Agadir, le

01 FEB 2023

ALHEDDAD NADJA

221,85

1) Xerolys 50

1 app x 2 i m la bio - sur pied
les - sous le cuir

555,00

2) TRANACIT

1 app x 2 i m la bio - 6 fois
sur pied

55,00

3) PROPOLIS spray

1 app x 2 i m la bio - 6 fois

831,95



www.dermatologue-agadir.com



Dermatologue-Agadir



Dermatologue_Agadir

Av hassan II, Imm Hassania, N°3 1^{er} étage (en face du siège de la Banque Populaire)

Tél : 05 28 84 64 84 E-mail : oulhousi@hotmail.com

S


Dr. Ilham OULHOUS
Dermato - Vénérologue
N° 3, Av. Hassan II, Imm. Hassaniz
Tél: 05 28 84 64 84

Dr OULHOUS ILHAM
Dermatologue Vénéréologue
Spécialiste des maladies et chirurgie
de la peau, de l'ongle et du cuir chevelu,
Maladies sexuellement transmissibles,
Cosmétologie médicale, comblement

Agadir le 01/02/2023

FACTURE N 114/23

ICE N°001652668000001

Je soussignée, Dr OULHOUS ILHAM certifie que
Mme AL KEDDAD NAJMA a effectué une
consultation.

Les honoraires étant de 300.00 DH.

Signé
Dr. OULHOUS Ilham

Dr .Ilham OULHOUS
Dermato - Vénérologue
N° 3 ,Av.Hassan II,Imm. Hassania
Tél: 05 28 84 64 84

Av Hassan II, Imm Hassania, n°3, 1^{er} étage (en face du siège de la banque populaire)
Tél. 05 28846484 - E-mail oulhousi@hotmail.com

