

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

- Reclamation : 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.

N° W19-501706

60540

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2992 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre : Particulier

Nom & Prénom : BOUCETTA Saïda

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 17 05 78 Total des frais engagés : 250,00 + 212,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ilyass HOUSNI ALAOUI
App. 5 (2) *Dr. Ilyass HOUSNI ALAOUI*
Bématologue - Vénérologue
Bématologue - Vénérologue
Av. Allal Ben Abdellah, 6ème étage, entrée 8,
Tel. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Compagnon Enfant

Nature de la maladie :

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.

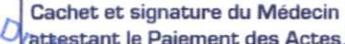
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 29/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 29/12/2020

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
29/12/2018	Consultation		2500 Dhs	 Dr. MOUSA ALAOUI Chirurgien-Dermatologue - Venereologue 12 - Avenue résidentielle Haid Afroud, entrée 8 Avenue Mousa Al Aoufi, 10000 Casablanca Tel: 05 24 20 44 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ASSIF Le 25/07/2014 à 10h00 à Marrakech Maroc	25/07/2014	218,70

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>												
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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">B</td> <td style="border-top: none;">35533411</td> <td style="border-top: none;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
		00000000	00000000													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>											
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>											
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>											
	DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr Iham HOUSNI ALAOUI

Dermatologue - vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles

Dermato - allergologie

Médecine esthétique

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

الدكتورة إلهام حسني العلوي

أخصائية أمراض الجلد والتسلسلي

أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر

حساسية الجلد

طب التجميل

خريجة كلية مونبولي (فرنسا) في طب جلد الأطفال

Boucetta Saïda

29.12.20

08,00

① Alcastétil

soleihou.

PHARMACIE ACOPÉ
Mme SEI
Dokkha 21
19, Bd Ahfir
Daoudia
Tél : 05 2...

SP
SV

140g par jour

AM72 0653
LOT 98,00 PER
Prix 98,00

45,00

② Tégeuma crème

SV

140g par jour 100g
(le soir)

LOT: 200421
PER: 03-22
PPV: 45,000D

50,00

③ Locatop crème

SV

140g par jour (le matin)
peuis arrêt.

LOCATOP 0,1%
CREME 100G
P.P.V : 30DH00

6 118000 012061

Fucidine® 2%
crème Tube de 15 g

59,70

④ Fucidine crème

SV

140g 10 fois par jour x 10 jours.

= 118,70

RDV jeudi 21.

Appt 5 (2nd floor), residence Riad Arfoud, entrée 8,
Dermatologue - Vénérologue
Avenue Mouzdalifa, Marrakech
Tél: 05 24 30 44 30



Appt 5 (2nd étage), résidence Riad Arfoud, entrée 8,
Avenue Mouzdalifa (au dessus du café SHOW TIME), Marrakech
شقة 5 (الطابق الثاني)، اقامة رياض ارفود، مدخل 8 ، شارع
المزدلفة (فوق مقهى شوتاي)، مراكش

Tél : 05 24 30 44 30

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