

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 | : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-774237

142830 C

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11817-	Société :	f.a.m.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	EL OMARI IMAN
Nom & Prénom :		82 102 1975	
Date de naissance :		84 LOT JAWHAR TARAGA	
Adresse :		MARBACHETT-	
Tél. :		0661473555 Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 DERMATOLOGUE 05 24 30 44 30 NPE: 071171193	
Date de consultation :	82/12/2022
Nom et prénom du malade :	LASMOUDI HAMMOUDI LAOUI SOFIA Age: 17 ans
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ACNE
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 : GRANADA Le : 2022 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-774237
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).	
Matricole :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
22/11/19 13h09'25 s'			250 DH	INPI : 071171193 DR HOUSSNI ALAOUI DERMATOLOGUE 0524 30 44 30 INPE : 071171193

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		B		
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
11433553																				
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				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)

الدكتورة إلهام حسني العلوي

أخصائية أمراض الجلد

أمراض وجراحة الجلد، الشعر والأظافر
حساسية الجلد

طب التجميل في الليزر

خريجة كلية مونبولي (فرنسا)
في طب جلد الأطفال

22 décembre 2022

Enf. LASMOLLES Sophia

67 فم

ERYFLUID LOTION



1 application 2 fois par jour sur les boutons

146,60

EPIDUO GEL



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

148,00

EUCERIN 50+ TOUCHER SEC



1 application sur tout le visage toutes les 2 heures

367,80

RDV 2 semaines

Dr ILHAM HOUSNI ALAOUI
DERMATOLOGUE
Tél : 05 24 30 44 30
INPE : 07 11 11 193
Propriété Internationale SARL AU 245 Marrakech
Tél : 05 24 49 50 69
ICP : 00 1680249000080



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

المكتب 11 (الطابق 3) اقامة برجيس التوفيق 3

شارع مولاي عبد الله مراكش

Tél : 05 24 30 44 30

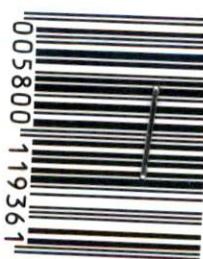
e-mail : i.housni.alaoui@gmail.com

Eucerin®

met L-Carnitine
SUN PROTECTION

HOGE BESCHER

4



D.P.

€ 165.00

€ 148.00