

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-831451

19/12/2022
C. en

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 11812 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL OMARIE RMANE

Date de naissance : 22/02/1975

Adresse : 84 LOT JAW HAR TARGA 40000 MARAIS

Tél. : 0661673555 Total des frais engagés : 63,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2024

Nom et prénom du malade : LASNOLLES RAYAN Age : 16ans

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 : 09/01/2024 Le : 09/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-831451

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 :



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
05/04/2024	Consultation	1	300.0 H	DR HASSAN ALAOUI DERMATOLOGUE 05 24 30 44 30 INPE: 071171193

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 061328	5.1.24	353,62

072061328

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET 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.

Dr Ilham 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 و التناسلية

أمراض و جراحة الجلد - التشعر و الأظافر

حساسية الجلد

طب التجميل

خريجة كلية مونبولي (فرنسا) في طب جلد الأطفال

05 janvier 2024

69,00

Mr. LASMOLLES Rayan

TETRALYSAL 300MG

1 gélule par jour (au milieu du déjeuner) pendant 4 mois

146,60

EPIDUO GEL

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

353,60

TEEN DERM HYDRA CRÈME

1 application 2 fois par jour sur tout le visage

PHARMACIE PHARMIUM
SARL AU
Propriété d'abouzarzoug Marrakech
Tél : 05 24 49 59 69
Tél : 09158C249000080 (3)

EUCERIN 50+ HYDROPROTECT FLUIDE

1 application le matin sur tout le visage puis renouveler toutes les 2 heures

RDV 3 semaines

DR ILHAM HOUSNI ALAOUI
DERMATOLOGUE
05 24 30 44 30
INPE 071171193

Bureau 13 (3ème étage) Résidence Bergis
Attawfik 3, avenue Mly Abdellah, Marrakech

المكتب 13 (الطابق 3) اقامة برجيس، التوفيق 3

شارع مولاي عبد الله، مراكش

Tél : 05 24 30 44 30

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

voie cutanée

G E L

adapalène / peroxyde de benzoyle

0,1% / 2,5%, gel



Epiduo

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

G E L

voie cutanée

30 g

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



6 118001 071692



G A L D E R M A

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale

عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما



Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale

عن طريق الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيلين

300 mg
ملغ 300

GALDERMA
غالديرما

