

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

- 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'I
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
M23-007961

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1512 Société : RAM 177084

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAKHOITRI Mohamed

Date de naissance : 1951

Adresse : TARIN EL KHEIR Rue 27 Ap. 8
BENOUSSI CASA

Tél. : 06 61 42 2002 Total des frais engagés : 909,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. FELLAHI Ali**
Dermatologue-Vénérologue
5 B. Mokhtar El-Garnabou
Sidi Benoussi Casablanca
22 755 943

Date de consultation : 25 SEP 2019

Nom et prénom du malade : LAKHOITRI Mohamed Age : 1951

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 : Casablanca Le : 27/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
25 SEP. 2023	cf		2500H	Dr. FELLALIAN Dermatologue-Vénérologue 5 Bd Mokhtar El Garnabou Sidi Bernoussi Casablanca Tel: 05 22 755 843

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/09/2023	659,30

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	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FELLAHI Ali

SPECIALISTE

Dermatologie - Vénéréologie

Dermato - Allergologie

Chirurgie Dermatologique

Dermatologie esthétique

LASER

Tél.: 0522 75 58 43

GSM : 0624 75 55 95

Casablanca, le 25/09/2023

الدكتور الفلاحي علي

اختصاصي في الأمراض الجلدية

والتناسلية - الحساسية

جراحة الجلد

علم التجميل والليزر

الهاتف : 0522 75 58 43

المحمول : 0624 75 55 95

Monsieur LAKHOITRI MOHAMED

6500

1) SEDASTERIL +
pour la toilette 1X / j.

2500x2

2) COCCIDIN POMMADE
1 appl. X2/j sur les lésions PDT7j.

432,00

3) VALEX 500 MG BTE 42CP
2 CP. X3/J PDT 7J.

1460x2

4) DOLIPRANE 1 G (cp eff)
1 cp. x3/J PDT 6J.

28,10

5) TRAMADOL NOMON 50MG /20 GEL
1 GEL. X2/J. PDT 7J.

5500

6) AMOXIL 1G (CP) / BOITE 12
1 CP X 2/J PDT 6J.

659,30

صيدلية الصبية
PHARMACIE ESSEHA
Omar BENNANI
1 Rue 109 Hay Essalamat
Casablanca - Tél: 0522 75 58 43

Dr. FELLAHI Ali
Dermatologue Vénéréologue
N° 5 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui,
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 0522 75 58 43

شارع مختار بن أحمد الكرناوي. مجموعة 115. رقم 5. القدس. سيدي البرنوصي. الدار البيضاء (أمام مسجد القدس)

N° 5 Bd Mokhtar Ben Ahmed El Guernaoui, Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca

GSM : 0624 75 55 95 - Tél.: 0522 75 58 43 : الهاتف - E-mail : afellahi@gmail.com : البريد الإلكتروني

C 105

PPV: 55,00 DH
LOT: 652397
PER: 02/25

LOT: 230692
PER: 05-2026
PPV: 25,00DH

LOT: 230692
PER: 05-2026
PPV: 25,00DH

432.00

LOT: 12422002
PER: 04/2025
PPV: 28,10 DH

Tenir hors de la portée
A conserver à une température
Sous ordonnance

SD38 0326

LOT PER

Prix

65.00

PPV: 14DH60
PER: 11/25
LOT: L3830

14160

PPV: 14DH60
PER: 11/25
LOT: L3830

14160