

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

203818

Déclaration de Maladie

M24- 0003886

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHADIT Abdelghani

Date de naissance : 15 07 1967

Adresse : N° 26 Rue 62 Lot HAMID

Tél. : 0661976344

Total des frais engagés : 649,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sofia EL MESBAHI  
Dermatologue Vénérologue  
Rés Ryad Al Qods, GH 3  
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods  
CASA - Tél: 05 22 18 05 59

Date de consultation : 18 / 04 / 2024

Nom et prénom du malade : CHADIT Abdelghani

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Verrue du cuir cheu - Dermite sebor

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 : CASABA

Le : 18 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/4/24         | K2                | 1                     | 500,00                          | Dr. SOUM EL MESSAOUDI<br>Dermatologue Vénérologue<br>Rés Ryad Al Qods, GH 3<br>Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods<br>CASABLANCA - Tél: 0522 22 05 59 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PHARMACIE HAIFA<br>Boulevard Haifa N°25 - Casablanca<br>Tél: 05 22 52 19 22 - GSM: 06 1 | 18/4/2024 | 149,20 DH             |
|   |           |                       |
|   |           |                       |
|   |           |                       |
|   |           |                       |
|   |           |                       |
|   |           |                       |
|   |           |                       |

# 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  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> |  | 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  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  | 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

**Dr. SOFIA EL MESBAHI**

**DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE**

Allergologie

Dermatologie Pédiatrique

Chirurgie Dermatologique

Médecine Esthétique

Laser (Paris - France)



الدكتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر و الشعر

الأمراض التناسلية،

حساسية الجلد

التجميل

الليزر

Casablanca, Le : .....

**18/04/2024**

**Mr CHARIT Abdelghani**

**1 - Bactospray**

pour désinfecter les lésions

**2 - Fucidine crème**

1 Application, 2 fois par jour

**3 - Kelual DS shampoing**

3 fois par semaine pendant 15 jours puis 2 fois par semaine ( garder 5 mn et rincer)

**4 - Mycoster solution 1%**

4-5 pulverisations 2 fois par jour pendant 15 jours puis

1 fois par jour pendant 15 jours (cuir chevelu)

**5 - Exoderil solution**

1 Goutte le soir

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
MYCOSTER 1% SOL  
30ML  
P.P.V : 40.70 DH

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
MYCOSTER 1% SOL  
30ML  
P.P.V : 40,70 DH

**PHARMACIE HAIFA**  
**RZIKA sari**

Boulevard Hafia N°25 - Casablanca  
Tél : 05 22 52 19 22 - GSM : 06 90 44 11 04

**Dr. Sofia EL MESBAHI**  
Dermatologue - Vénérologue  
Rés Ryad Al Qods, GH 3  
Imm 1, N° 6 - Bd Al Qods  
CASA - Tél: 0522 38 05 59

LOT 0017  
EXP 08 2028  
PPV 30.70 DH

Bd Al qods, Résidence Ryad Alqods GH3, Imm.1, Appt. 06, 3ème étage, Ain Chock

شارع القدس، إقامة رياض القدس، عمارة 1 الشقة 6، الطابق 3، عين الشق

الهاتف/الفاكس : 05 22 38 05 59

GSM : 06 96 44 11 04 / الهاتف / E-mail : sofiaelmesbahi@gmail.com