

# 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.

## Diagnostique 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

déclaration : contact@mupras.com  
prise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 063698

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1207

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FATHI ABDELPAH

Date de naissance : 11/1/1952

Adresse : HAY EL YEDS RES EL FAJR Im B. V. BERNASSA  
CASA

Tél. : 06 74 06 62 78

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHERTI KARIM  
Dermatologue  
INP : 161041694  
45, Av. Allal Ben Abdellah - Larache  
Tél. : 05 39 91 58 72

Date de consultation : 06/10/2021

Nom et prénom du malade : DIYANI FATIHA

Age : 64

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Erysipèle fongique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
06/10/21	1 C 5		250,00	<p>Dr. ALBERTI KARIM Dermatologue INP : 16104169 Av. Allal Ben Abdellah Larache Tel : 05-39 91 51 72</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>3, Place CHOMADA - LARACHE Tel/Fax 0539.50.11.11 Dr. Mohamed BEN CHIKH PHARMACIE PRINCIPAL</p>	06/10/21	904,90

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D ————— G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Karim CHERTI

Dermatologue – Vénérologue

Maladies de la peau et du Cuir chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Cutanée

Cosmétologie, Esthétique, Peeling

Correction des rides par injection de Botox  
et d'acide hyaluronique

LASER EPILATOIRE ET VASCULAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine

De Paris (France)

Ancien Attaché à l'Hôpital Saint-Louis – Paris

Ancien Dermatologue de l'Hôpital Militaire

Avicenne – Marrakech

45 av allal Ben abdellah Larache Tel:05 39915872

# الدكتور كريم الشرتي

اختصاصي في أمراض الجلد – الشعر والأظافر

الأمراض التناسلية – جراحة الجلد

طب تجميل البشرة

معالجة التجاعيد بحقن بوطوكس

إزالة الشعر بالليزر

خريج كلية الطب بباريس – فرنسا

طبيب سابق بمستشفى سان لوي بباريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

سينا بمراكش

06-oct-21

Larache le..... في العرائش

## DIYANI FATIHA

46,50 + 2,50

1) BETADINE MOUSSANTE

1GRAND

EN SAVONNAGE ET BIEN RINCER MATIN ET SOIR JAMBES

2) FLAMMAZINE CREME

2 TUBES

1 APPLICATION LE MATIN ET SOIR SOUS COMPRESSE STERILE ET  
PANSEMENT

3) COMPRESSE STERILES 40/40 + BANDAGE

24H/ 24H

4) SERUM ANTI-TETANIQUE

1 INJECTION SOUS CUTANÉ VENTRE

5) TRIAXON 1G INJECTABLE INTRAMUSCULAIRE

6

1 INJECTION PAR JOUR EN INTRAMUSCULAIRE 5 JOURS

6) DOLIPRANE 1 G CP

2

1 CP MATIN ET SOIR MILIEU REPAS

7) INESO 20 MG

14

LOT: M0570  
PER: 07/2023  
PPV: 75,00DH

Dr. CHERTI KARIM  
Dermatologue  
INP : 161041694  
15, Av. Allal Ben Abdellah - Larache  
Tél. : 05.39.91.58.72

Dr. KARIM CHERTI

45 av Allal ben abdellah 0539915872 الهاتف: - العرائش - (مقابل قهوة كاريون) - العرائش - العرائش



LOT / BATCH: 17115  
FAB / MFR: 05-2021  
EXP: 04-2024



LOT / BATCH: 16882  
FAB / MFR: 12-2020  
EXP: 11-2023

50 g e

PPV: 66,80 DH

NOM. DE FABR.: 10

LOT: 0399A014  
FABR.: FEB.2020  
EXP.: JAN.2022

INSTITUT PASTEUR DU MAROC - 1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca  
PPV: 29,00 DH  
AMM N°: 2689 / 19 DMP / 21 / NRQ  
"TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

LOT: R-05-2  
PER: 06-2023  
PPV: 106,80DH

LOT: R-09-2  
PER: 11-2023  
PPV: 106,80DH

LOT: R-06-4  
PER: 06-2023  
PPV: 106,80DH

LOT: R-05-2  
PER: 06-2023  
PPV: 106,80DH

LOT: S-04-3  
PER: 03-2024  
PPV: 106,80DH

LOT: S-04-3  
PER: 03-2024  
PPV: 106,80DH

PPV: 14DH00  
PER: 03/24  
LOT: K795

PPV: 14DH00  
PER: 01/24  
LOT: K095

