

# 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-003399

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **183949** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7211** Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. FELLAHI Ali**  
Dermatologue - Vénérologue  
S.B. Mokhtar El Ganaoui  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. 05 22 755 943

Date de consultation : **01 NOV. 2023**

Nom et prénom du malade : **SKAIKRA ZAKRA** Age : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autodéclaration CNDD N° : AN-2/5 / 2019

## Adresses Mails utiles

contact@mupras.com

pec@mupras.com

Document de statut : adhesion@mupras.com

Texte de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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
01 NOV. 2023	CS		250 DH	<b>Dr. FELLAHI Ali</b> Dermatologue-Vénérologue 5 Bd Mokhtar El Garnaoui Sidi-Bernoussi Casablanca Tél. 05 22 755 843

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2023	383,20
	INPE : 092042332	
	ICE : 000500526000032	

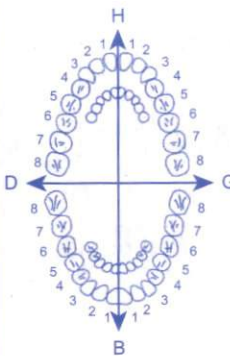
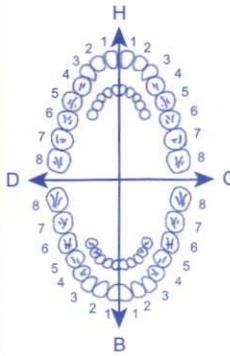
[illegible][illegible]

# 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 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

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 01/11/2023

الدكتور الفلاحي علي

اختصاصي في الأمراض الجلدية

والتناسلية - الحساسية

جراحة الجلد

علم التجميل والليزر

الهاتف : 0522 75 58 43

المحمول : 0624 75 55 95

Madame SKAIKRA ZOHRA

65,00  
1) SEDASTERIL +

pour la toilette 1X /j.

86,70  
2) DERMOFIX 2% SOLUTION

1 appl./ matin et soir entre les orteils PDT 2 mois. N4

199,00  
3) TERFINE 250MG CP/BOITE 28

1 CP. /J PDT 1 mois.

38,50  
4) DIPROSONE CREME 0.05% /TUBE 15 G

1 appl. / soir sur les zones qui démangent jusqu'à disparition.

5) Examen amblyopie contre des yeux.  
au berrin

شارع مختار بن أحمد الكرنواوي. 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

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

SD38 0326

LOT

PER

Prix

65.00

Lot N°

PPV

Exp

199,00

86,70

كريم % 0,05

LOT : 168

PER : JUN 2026

PPV : 32 DH 50