

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 vignette 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

: contact@mupras.com

: pec@mupras.com

ement de statut : adhesion@mupras.com

nt 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
a 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

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. FELLAHIA LI
Dermatologue-Vénérologue
S.B. Mokhtar El Garnaoui
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél. 05 22 755 943

Date de consultation : 01 NOV. 2023

Nom et prénom du malade : SKAIKRA ZOKRA 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) :

Autorisation CNPD N° : AM-2025 / 2023

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
1 NOV. 2023	CS		250 DH	Dr. FELLAHI Ali Dermatologue-Vénéréologue 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
INPE : 092042332 ICE : 000500526000032	01/11/2023	383,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled with letters: H (top), D (left), G (right), and B (bottom). A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom passes through the midline. A horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right passes through the midline. The teeth are numbered as follows: Top row (H) has 1, 2, 1, 2; Second row (D) has 3, 4, 5, 6; Third row (B) has 7, 8, 9, 10; Bottom row (G) has 11, 12, 13, 14. Each tooth is represented by a small circle with its number inside.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 على

المختص في الأمراض الجلدية

والحساسية - التنسالية

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



109,00

3) TERFINE 250MG CP/BOITE 28

1 CP. / J PDT 1 mois.



32,50

4) DIPROSONE CREME 0.05% / TUBE 15 G

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



5) Dr. FELLAHI Ali
Dermatologue Vénéréologue
Sidi Bernoussi Casablanca
Bd Mokhtar El Guernaoui
N° 5 22 755 943

383120

شارع مختار بن أحمد الكرناوي، مجموعة 115، رقم 5 القدس، سيدى 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 - E-mail: afellahi@gmail.com



SD38 0326

LOT PER

Prix 65.00

Lot N°
PPV
Exp

199,00

86,70

كري % 0,05

LOT : 168

PER : JUN 2026

PPV : 32 DH 50