

## 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'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° W19-523482

ND: 34489

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 620 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : BENHAR Labi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0669 101960 Total des frais engagés : 300 + 269, + 130,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENHAR Labi Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection dermatologique

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 : 22/07/2020

**MUPRAS**  
22 JUL 2020  
RACQUEIL SIEGE RAM

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
A3/10/6 10/10	C5			
14/07/2002	C5			

14/07/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/06/20	269,20
	14/07/20	130,40

du Fournisseur		
13/06/20	269,20	
14/07/20	130,40	

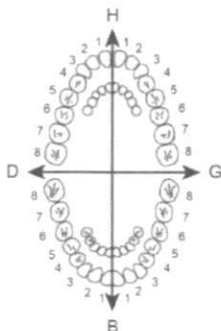
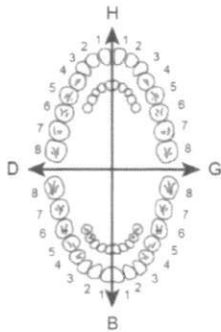
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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	INP : <input type="text"/>
				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 style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	{Création, remont, adjonction} 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

[illegible]

	<p><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	25533412	21433552					
	00000000	00000000					
	<p><b>D                      G</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	00000000	00000000	35533411	11433553		
00000000	00000000						
35533411	11433553						
<p><b>B</b></p>							
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS					
		DATE DU DEVIS					
		DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement

Transmissibles Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles

Greffe des cheveux

Cosmétique - Laser

Ancien Interne du CHU de Lille

Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy

Ancien Assistant du CHU de Bruxelles

Ancien Médecin des Hôpitaux militaires

Membre de la société Française de Dermatologie

## الدكتور عبد الله مورتاكي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

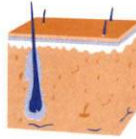
طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية



Casablanca, le 14/07/2023 في الدار البيضاء.

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20  
LOT : 20E012  
PER: 01 2023  
6 118000 011118

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20  
LOT : 20E012  
PER: 01 2023  
6 118000 011118

Ban HAR Cur Bi

45,20 x 2  
90,40

40,00

130,40

Pyx / m 3m  
N / m 3m  
Derm / m 3m  
Zix / m 3m

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 40.00 DH  
6 118000 161301

Dr. Abdellah MORTAKI  
Dermato Vénérologue  
131 Bd Abdelmoumen, Rés Jawhara  
Abdelmoumen, 3ème Etage N° 10 - Cas  
Tél: 05 22 20 92 80 Fax: 05 22 49 15 85  
INPE 091163006

131, شارع عبد المومن, إقامة جوهرة عبد المومن (مقابل رونو) الطابق الثالث الرقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 20 92 80 / الفاكس: 05 22 49 15 85  
131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 49 15 85 - E-mail: abdmortaki@yahoo.fr  
Patente: 36363774 - IF: 42044012 - CNSS: 8080054 - ICE: 001691516000063 - INPE: 091163006

# Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement

Transmissibles Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles

Greffe des cheveux

Cosmétique - Laser

Ancien Interne du CHU de Lille

Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy

Ancien Assistant du CHU de Bruxelles

Ancien Médecin des Hôpitaux militaires

Membre de la société Française de Dermatologie

# الدكتور عبد الله مورتاكي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر

زرع الشعر

طب التجميل بالليزر

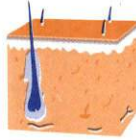
طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل

رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي

مساعد سابق بمستشفى بروكسل

طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية



GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 DH



GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 DH



anca, le 13/01/2020 في الدار البيضاء.

Bent HAR Larbi

40,00 + 2

80,00

124,00

2/

45,00

3/

269,20

LOT : 19E008  
PER : 11/2022

MYCOSTER 1%  
CREME T30G

P.P.V : 45DH20



118000 011118

05 22 49 15 85 : الفاكس

131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10

Casablanca - Tél.: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 49 15 85 - E-mail: abdmortaki@yahoo.fr

Patente: 36363774 - IF: 42044012 - CNSS: 8080054 - ICE: 001691516000063 - INPE: 091163006

131, شارع عبد المومن, إقامة جوهرة عبد المومن (مقابل راس الماي) الثالث رقم 10

131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10

Casablanca - Tél.: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 49 15 85 - E-mail: abdmortaki@yahoo.fr

Patente: 36363774 - IF: 42044012 - CNSS: 8080054 - ICE: 001691516000063 - INPE: 091163006