

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-623607

82786

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 12444 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : RKIA

Nom & Prénom : BENMOUSSA

Date de naissance : 29/08/1980

Adresse : 246 Bd IBRAHIM SINA OUSA

Tél. : 06 61 60 65 15 Total des frais engagés : 264,80

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Imane MARKOUCHE  
Dermatologue - Vénérologue  
Dermatologie Esthétique Cosmologie Laser  
224 Rue 14 Mars 1957 Ain Chok - Casablanca  
Tél : 05 25 27 58 43

Date de consultation : 26/06/2021

Nom et prénom du malade : Benmoussa Rkia Age : 40

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

Nature de la maladie : Onychomycose

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : OUSA Le : 03/09/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

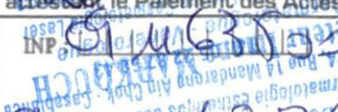
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.


# 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
26/06/2021		6	Catier	
07 JUL 2021		6	Catier	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/07/21	841,9

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/06/21	B 150 + PC 7,140	180 DHs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

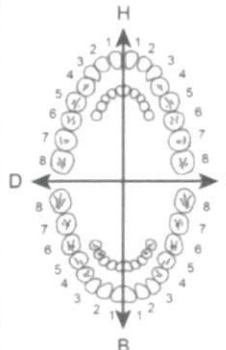
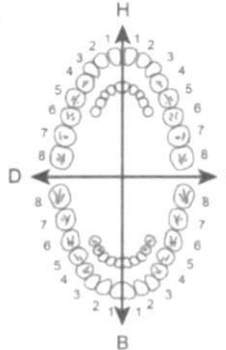
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Docteur Imane MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مركوش

إختصاصية في أمراض الجلد و التناسل

خريجة كلية بيير و ماري كوري باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : 07 JUL 2021

Melle  
Rkia Benmoussa 40ans

① Loceryl gelb flmogène 5%.

1 appx 22cm x 06 mois.

84,12



PHARMACIE MASJID C.I.L.

Dr. Sonia Aboumerouane

N°22, Lotissement du Stade

Hay Essalam, C.I.L. - Casa

Tél : 0522 39 88 73

② Dermofio poudre

Seu powder chaussures et  
chaussure le malin

~~Tel 84,12~~

③ Maria 50 ans

A gabel me g contents

Docteur Imane MARKOUCH  
Dermatologue - Venerologue  
Dermatologie Esthetique Cosmetologie Laser  
224, Rue 14 Mandarona Ain Chok - Casablanca  
Tél: 05 22 87 58 43

**Dermofix®** Poudre  
Sertaconazole



PROMOPHARM s.a.



6 118000 240280

# Dermofix®

Poudre

Sertaconazole

**30 g**

**Poudre 2 %**

**VOIE TOPIQUE**



پروموفارم س.ا.  
**PROMOPHARM s.a.**

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc  
S/L FERRER INTERNATIONAL. S.A.



84,20

Docteur Imané MARKOUCH

Dermatologue - Vénérologue

Diplômée de l'UFR Pierre et Marie Curie-Paris VI

Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة إيمان مركوش

اختصاصية في أمراض الجلد و التناسل

خريجة كلية بيير و ماري كوري باريس 6

طبيبة بمستشفيات باريس سابقا

Casablanca le : 26/06/2021

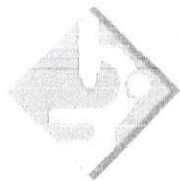
Dr Benmarso Rkia uOons

Bilan sanguin

805 / 867 / 667

Docteur Imané MARKOUCH  
Dermatologue - Vénérologue  
Dermatologie - Vénérologie  
224, Rue 14 Mandarouna Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 87 58 43





# مختبر التحاليل الطبية الرگراڤي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 22-08-1980, âgé (e) de : 40 ans  
Enregistré le: 26-06-2021 à 08:20  
Edité le: 26-06-2021 à 09:50  
Prélèvement : au labo  
Le : 26-06-2021 à 08:20

**Mme Rkia BENMOUSSA**

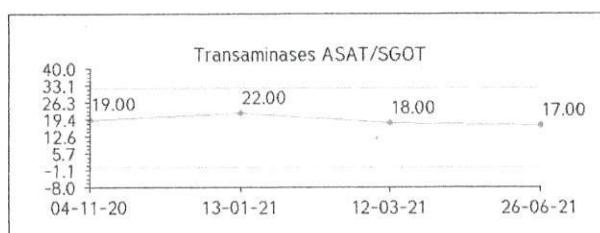
Référence : **2106262007**

Prescrit par : **Dr MARKOUCH Imane**

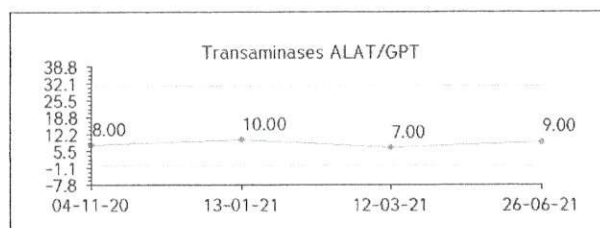
### BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

12-03-2021

Transaminases ASAT/SGOT 17 UI/l (<32) 18



Transaminases ALAT/GPT 9 UI/l (<31) 7

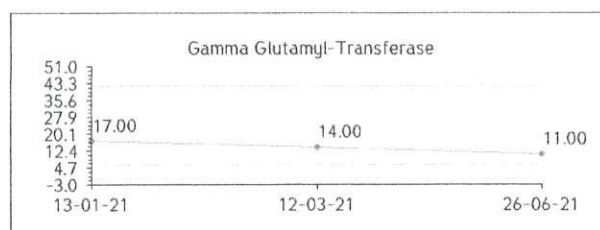


13-01-2021

Rapport ASAT / ALAT 1.89 (>1.00) 2.20

12-03-2021

Gamma Glutamyl-Transfèrase 11 UI/l (6-42) 14  
(Test colorimétrique enzymatique Roche)







مختبر التحليلات الطبية البرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté

De Médecine et de Pharmacie

de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2106262007**

Casablanca le 26-06-2021

**Mme Rkia BENMOUSSA**

Demande N° 2106262007

Date de l'examen : 26-06-2021

Caisse : **MUPRAS**

ICE : 001643223000003

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

TOTAL DOSSIER : 180DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams

