

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantissant 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'Ho  
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° W21-671829

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7131 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENJIDA ANNA

Date de naissance : 31-01-66

Adresse :

Tél. : 052291 29 24 Total des frais engagés : 350 + 180 + 197 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Casa 31/01/2022

Nom et prénom du malade : Yae BENJIDA Amina Age :

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

Nature de la maladie : Demander

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 CNDP N° : A-A-2115/2019

**Pr JARMOUNI IDRISSE R**  
**DERMATOLOGUE**  
203 Bd. Zerkouni Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

**MUPRAS**  
**H. HAKANI**  
**22 FEB. 2022**  
**ACCUEIL**



# 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
13/01/2022	33		350,00	INP: 09/1080556

Dr. JARMOUNI IDRISSE  
DENTISTE  
205 Bd. Zerkouni  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-01-22	187,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/01/2022	P150 =	180,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H: 25533412 / 00000000 D: 00000000 / 35933411 G: 21433552 / 00000000 B: 00000000 / 11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS	
					DATE DU DEVIS	
					DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرموني الإدريسي

اختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية

Mme BEN OUA OUA

Casablanca, le 13.01.22 في الدار البيضاء،

146.60 Mycoster crème

2 L / 15  
attends

Maphar  
Bd. Alkima N° 6, Q1.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Mycoster 8% sol 63ml  
P.P.V: 146,60 DH



LOT: 0069  
EXP: NOV 2023  
PPV: 40,50 DH

30g

PHARMACIE ZYMA  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.95 - Casa

40.50 EREX crème hydrophile

2 L / 15  
des lésions de surau des

Pr JARMOUNI IDRISSE  
DERMATOLOGUE  
203 Bd. Zerketouni - Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerketouni - Résidence Ben Ham - 4° étage - Casa - البيضاء - الرابع - بن حام الطابق الرابع - البيضاء - 203

Tél.: 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف - Fax: 05 22 36 43 68 : الفاكس

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com

Professeur R. JARMOUNI IDRISSE

Dermatologie - Vénérologie - Laser - Puvathérapie

الأستاذ رشيد الجرْمُونِي الإدريسي

اختصاصي في الامراض الجلدية و التناسلية

Mme BENTOUA Amel

Casablanca, le 13.01.22 في الدار البيضاء،

Prière de polique

- poliquement my 28ggr  
unguent oral

Merci.

~~Dr. JARMOUNI IDRISSE~~  
~~DERMATOLOGUE~~  
203 Bd. Zerkouni Casa  
Tél: 05 22 36 43 17 / 27

مختبر الصقلي للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE SQUALI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD  
240, Bd. Brahim Roudani Madrif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Port: 35905014

Sur Rendez-vous

بالموعد

203, Bd. Zerkouni - Résidence Ben Ham - 4<sup>e</sup> étage - Casa - البيضاء - شارع الزرقطوني إقامة بن حام الطابق الرابع -

Tél. : 05 22 36 43 17 / 27 : الهاتف - Fax : 05 22 36 43 68 : الفاكس

GSM : 06 48 12 22 62 - E-mail : cabinetdermatologie.jr@gmail.com



**Dr. BENMILOUD Loubna.** Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**FACTURE N° : 220100378**

CASABLANCA le 13-01-2022

Mme BENJDYA EP BENBRAHIM Amina

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Ciefs
	Examen mycologique rech. cult. ident	B150	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 180.00 DH

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

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD  
240, Bd Brahim Roudani Maarif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Patente: 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 0003555000000328 25



**Dr. BENMILOUD Loubna.** Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**Date du prélèvement :** 13-01-2022 à 13:31  
**Code patient :** 1802130037  
**Né(e) le :** 31-01-1966 (56 ans)

**Mme BENJDYA EP BENBRAHIM Amina**  
Dossier N° : 2201130113  
Prescripteur : PR Rachid JARMOUNI IDRISSE



## PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

### EXAMEN MYCOLOGIQUE

(Cultures sur milieux Sabouraud et Sabouraud-Actidione Biomérieux)

**Origine du prélèvement :**

Ongles des doigts

### Examen cytologique

**Examen direct :**

Absence de Levures  
Absence de filaments mycéliens

### Examen mycologique

Les cultures restent en observation pendant 4 semaines.

**Cultures après 3 semaines :**

Culture négative.

**Date prévue :**

02-02-2022

Validé par : **Dr. BENMILOUD Loubna**

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
240, Bd Brahim Roudani Maârif  
Tél: 0522 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Patente: 35805014