



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-702901

110778

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08888 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennis Sofi

Date de naissance : 24/05/1987

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1764,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Khalid LAMNIA  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Bd Sidi Ab. Arrahmane  
& Bd Abdelhadi Boutaleb  
Casa Tel 0522 90 04 17

Date de consultation : 06/04/2022

Nom et prénom du malade : Bennis Sofia Age :

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

Nature de la maladie : Affection dermatologique

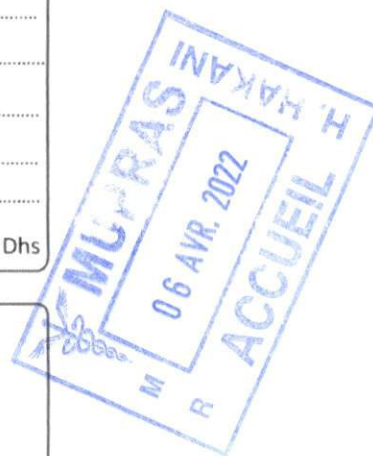
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 06/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : Bennis



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
4/4/22	c,	5	35004	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] N° INPE-091780570 <i>Dr. Khalid BEN EL MEHDI</i> DERMATO - GÉNÉRALISTE Angle Bd Sidi Abou el Kacem et Abdelkader Boutaleb 0522 90 04 17

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/2022	1414,90

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

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

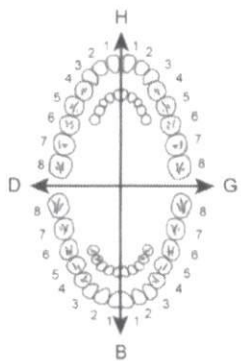
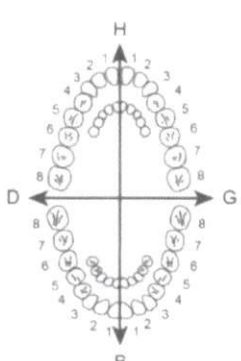
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 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																	
	<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">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<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 L'EXECUTION

## **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.



Casablanca, le

04/04/2022

الدار البيضاء. في

Mme BENNIS SOFIA

INTERORTEIL

64,50  
MYK 1 % SOLUTION

LE SOIR PDT 1 MOIS

ONGLES

321,00  
LOCERYL VERNIS

1 FOIS PAR SEMAINE PENDANT 3 MOIS

LOCERYL 5%  
Vernis à ongles médicamenteux  
Flacon de 2,5 ml  
AMM N° 07 DMP/21/NCN  
PPV: 321,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc  
6 118001 070381

COR

290,00  
URELIA 50

LE SOIR

BOUTON

39,70 x 2  
FUCIDINE POMMADE

MATIN ET SOIR PENDANT 10 JOURS

BRAS

30,00 x 3 = 90  
LOCATOP CREME

2 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS

LOT: 21E015  
PER: 05/2024  
LOCATOP 0,1%  
CREME T30G  
P.P.V: 30DH00  
6 118000 012061

LOT: 21E014  
PER: 05/2024  
LOCATOP 0,1%  
CREME T30G  
P.P.V: 30DH00  
6 118000 012061

45,00  
TEGUMA CREME

LE SOIR

MYK 1%

LOT: 21E021  
PER: 10/2024  
LOCATOP 0,1%  
CREME T30G  
P.P.V: 30DH00  
6 118000 012061

1751w = 5251w  
x 3.

ADDAX CREME



MATIN ET SOIR

1414195

EMULSION REPARATRICE  
LOT: BJY67  
EXP: 10/2024  
PPC: 175.00DH

EMULSION REPARATRICE  
LOT: 20627  
EXP: 06/2023  
PPC: 175.00 DH



→ 175,00

*Dr. Khaled LAMIAI*  
DERMATO-VENEROLOGUE  
Angle Id. Sidi Ab. Errahmane  
et Bd. Abdelhadi Boutaleb  
Casablanca Tel: 0522 90 04 17

PHARMACIE  
Des *Darbigistes*  
Dr. ALAMI ZINEB  
Mosque Mbouras Lot Mbouras  
Casablanca Tel: 0522 29 80 69