

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-813627

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13418 Société : RAM

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

Nom & Prénom : Benagui Cerman

Date de naissance : 07/07/1993

Adresse : St. Melal Stationnement Bord N°20 APP02

Tél : 0662 875 675 Total des frais engagés : 1254,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Imane BENNANI**  
Dermatologue  
64, Bd. Sidi Abderrahmane 3ème Etage  
Beausjour Casablanca  
Tél: 0522 36 62 61

Date de consultation : 20/07/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : affection des maladies

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-215/2019

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
20/01/23	CS		300,00	INP : INPE: 051621941 ICE: 00219149900002 IF: 15227881 TP: 34800280 Dr. Imane BENNANI Dermatologue 64, Bd. Stali Abdelhakim, Casablanca Tél: 0522 55 57 61

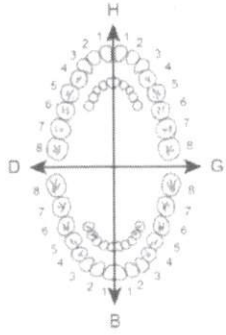
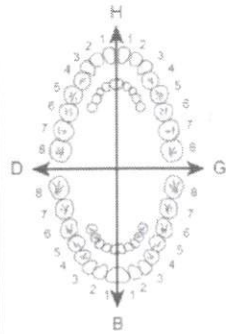
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEKKAT Dr. SEKKAT MOHAMED Lotiss. AMAL 1 - Lot N° 315 TIT. REC 1112 - Tél: 06 12 18 19 14	20 JUL 2023	954,6 DR

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

VOLET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		DES TRAVAUX	
		H 28533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CCEFFICIENT 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			





Dr. IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III

Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice

Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI

20/07/2023

Diplôme universitaire de dermatologie esthétique, Versailles

BENAZIZ OMAR

ORDONNANCE

AM87	1025
LOT	PER
Prix	98-00
Date	

- 38x1 laver les pieds et parties genitales tous les soirs avec **alcasteril**
- 62x1x4 appliquer tous les soirs apres la toilette la **creme TEGUMA** (4tubes grand format) sur l'ensemble des plis, pieds et entre les orteils
- ajouter au niveau des pieds (plante et entre orteils ) la **creme xerial 30**
- laisser agir toute la nuit
- 49x1 le matin **MYCODERM poudre** dans les chaussures et pieds
- 1mois
- 321x1 **loceryl solution filmogene:**
- appliquer 1 fois par semaine sur l'ensemble des ongles des pieds
- nettoyer au dissolvant doux
- poncer le gerement les ongles à la lime en carton
- avant d'appliquer
- 6mois
- 237x1 **ONIFINE 250mg:** 1 cp/j le soir pdt le repas 14jours
- stop 2semaines
- puis 1cp/j le soir pdt 1 semaine
- stop 3semaines
- puis 1 cp/j le soir pdt 1semaine
- contrôle dans 1 mois

**Dr. Imane BENNANI**  
Dermatologue  
64 Bd. Sidi Abderrahman 3ème ét.  
Beauséjour - Casablanca  
Tél: 05 22 66 62 61  
INPE 051024941  
ICE: 002191499000012  
IF 15227881  
TP 34800280

0522 366 261 / 0612 716 310

Contact@dermatologiebennani.ma

www.dermatologiebennani.ma

64 Bvd Sidi Abderrahman, 3ème étage, résidence Misselma, Casablanca

Tram: ligne T1, station Beauséjour

06-62.87.56.77

ms

LOT: 230192  
PER: 02-2025  
PPV: 62.40DH

LOT: 230192  
PER: 02-2025  
PPV: 62.40DH

LOT: 230192  
PER: 02-2025  
PPV: 62.40DH

LOT: 230192  
PER: 02-2025  
PPV: 62.40DH

# Locéryl®

amorolfine

(م)

**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



أمورولفين

TIRER POUR OUVRIR

اسحب لفتح العلبة

(101x42x42) mm



**MYCODERME® 1%**

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT: 08223003  
PER: 02/2028  
PPV: 49,00 DH

Usage externe

Flacon de 30 g

