

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 053547

N° 035495

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMAKHLOUF Rachid

Date de naissance : 29 MAR 58

Adresse : 29X AMELKIS2 - NAKHIL Sud

MARRAKECH

Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : - 465 DH - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENNANI LAHLOU Mah  
Dermatologue - Vénérologue  
Res. du Palais, Imm. E, 1er Etage  
Rue Yasmine Angle Bd. Ghannouchi  
et Yacoub El Mansour - Casa  
Tél. 05 23 94 03 13

**MUPRAS**

Date de consultation : 11/07/2020

04 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : BENMAKHLOUF RACHID Age: 66 ans

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

Nature de la maladie : DERMITE

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 24/07/2020 Le : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053547

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2279

Nom de l'adhérent(e) : BENMAKHLOUF

Total des frais engagés : 465 DH

Date de dépôt :



# 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
11/07/2020	G	G	300,00	<p><b>Dr. ANANI LAHLOU Maha</b>  Dermatologue - Vénérologue  Rés. du Palais Imm. E, 1er Etage  Rue Yasmine Abdel 8d. Ghandi  et Y. Mansour - Casa  Tél. 05 22 94 03 13</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE OULMES</b>  LABORATOIRE  ANCIENNE  YEL MANSOUR 360306</p>	11/07/2020	165,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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'EXECUTION

# Docteur Maha BENNANI LAHLOU

Dermatologie - Vénérologie

Cosmétologie - Laser

Diplômée de la faculté de médecine de Paris

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris

## الدكتورة مها بناني لحلو

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر، الأظافر

و الأمراض التناسلية

طب التجميل - جراحة الجلد - الليزر

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

11 juillet 2020

Casablanca, le :

الدار البيضاء، في :

**Mr. BENMAKHOLOUF RACHID**

29, ص 4  
ALGOPLAQIE FILM 10 CM



sur la cicatrice a renouveler apres le douche ou tous les 2 a 3 jours

MYCODERM POWDRE

49, ص 1f/semaine dans les chaussure



PHARMACIE OULMES  
ARAKI HAKIMA  
ANGLE BD GHANDI ET  
Y EL MANSOUR 36093

Dr. BENNANI LAHLOU Maha  
Dermatologue - Vénérologue  
Rés. du Palais, Imm. "E", 1er Étage  
Rue Yasmine Angle Bd Ghandi  
et Yacoub El Mansour - Casa  
Tél: 05 22 94 03 13

إقامة القصر، عمارة "E" الطابق الأول، زنقة الياسمين، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور، الدار البيضاء

Résidence du Palais, Imm. "E", 1er étage, Rue Yasmine - Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour, Casablanca 20000

البريد الإلكتروني : Email : drmahabennani@gmail.com - الهاتف : 05 22 94 03 13

I.C.E.: 001927407000026 - I.N.P.E.: 091170431

11 juillet 2020

**Mr. BENMAKHLOUF RACHID**

LOCERYL SOLUTION FILMOGENE

appliquer 1 fois par semaine sur les ongles malades avant chaque application nettoyer avec du dissolvant et limer avec un bout de lime a ongle a jeter.

  
Dr. BENMAKHLOUF RACHID  
Dermatologue - Vénérologue  
R.s. du Palais, Imp. E. 1er Etage  
Rue Yasmine Angle Bd. Ghannouchi  
et Yacoub El Mansour - Casa  
Tél: 05 22 94 03 13



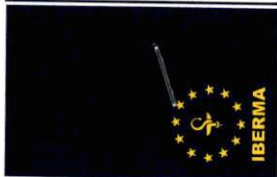
# MYCODERME® 1%

Poudre dermique  
Nitrate d'éconazole

LOT: 08220007  
PER: 04/2025  
PPU: 49,00 DH

Flacon de 30 g

Usage externe



POUR L'UTILISATEUR

## 1 % Poudre dermique de 30 g d'éconazole

te notice avant de prendre ce

riez avoir besoin de la relire.  
estion, si vous avez un doute,  
otre médecin ou à votre pharma-

personnellement prescrit. Ne le  
re, même en cas de symptômes  
nocif.  
es devient grave ou si vous  
on mentionné dans cette notice,  
votre pharmacien.

ERME® 1 % Poudre dermique  
ative  
e d'éconazole  
**rmique** : chaque flacon de 30 g  
azole.

..... 3 g  
..... 4,5 mg  
..... 0,6 g  
..... 0,9 g  
..... q.s.p. 30,00 g

**FET NOTOIRE**  
ide borique.

**HERAPEUTIQUE OU TYPE**

### D'ACTIVITE

**MYCODERME® 1 % Poudre dermique** fait partie d'un groupe de médicaments appelés dérivés de l'imidazole doué d'une activité antifongique et antibactérienne.

### 4. INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un antifongique (actif contre les champignons) de la famille des imidazolés.

Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines mycoses (affections cutanées dues à des champignons).

#### Candidoses :

Traitement de mycose des plis macérées : intertrigo génital, sous-mammaire, interdigital...

Dans certains cas, il est recommandé de traiter simultanément le tube digestif.

#### Dermatophyties :

Traitement :

Intertrigo macéré génital et crural.

Intertrigo des orteils.