

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.

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 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° W21-821392

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12509 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZAKI ALAE

Date de naissance : 05/03/1986

Adresse : 68 Yessine 2 Residence Pole 3 Apt 2 Casa

Tél. : 0673572938 Total des frais engagés : 580,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023

Nom et prénom du malade : BENZAKI

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie : Impetigo

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 Le : 02/10/2023

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
02/10/23	C2		2000H	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DAHAB Dr. DINIA DAHAB 47, Lot. Hourya - Tabriquet Salé - Tél.: 0537 85 12 91	02/10/23	270,90



RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire et du Radi	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	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	(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

DERMASEPT[®]
SPRAY

LOT: 2508
PER: 07/26
PPC: 99,00DH

que

nfants de Rabat



الدكتورة تامي ليلي
إختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع و حديثي الولادة
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
حاصلة على دبلوم في الأمراض الجلدية عند الأطفال
من جامعة ديجون - فرنسا
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي للأطفال بالرباط
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

SALE le : 02/10/2023

ORDONNANCE

Enf BENZAKI NOUR // 3 ans et 5 Mois

99,00
39,70
66,10 x 2 = 132,20
T = 270,90

1) DERMASEPT SPRAY

1 pulvérisation sur les lésions du corps x 2 par jour

2) FUCIDINE CREME

1 appl matin et soir pdt 10 jours

3) ZAMOX SIROP ENFANT

dose n° 15.4 x 3 par jour pendant 7 jours

4) ALER-Z SIROP

1/2 cam x 2 / jour pdt 5 jours

Pharmacie DAHAB
Dr. DINIA DAHAB
47, Lot. Hourya - Tabriquet
Salé - Tél.: 0537 85 12 91

Rendez-vous le 06/10/2023 pour controle

Dr. TAMIL LAILI
Pediatre
Al Mounatazah, Angle Avenue Mediouna et Rue Bengrir,
Bureau N° 8, 2ème étage, Bettana Salé
Tél: 05 30 15 56 18
L.N.P.E: 101265/73



+212 660 955 353



+212 530 065 818



lailatami@gmail.com

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir, Bureau numéro 8, 2ème étage, Bettana Salé

بناية المنزه ، ناصية شارع مديونة و زنقة بنكرو ، مكتب رقم 8، الطابق الثاني ، بطانة سلا



Fucidine® 2% crème

Acide fusidique

Tube de 15 g

فوسيدين® 2% كريم

أنبوب من 15 غ

حمض فوسيديك

Composition

Acide fusidique

Excipients à effet notoire : butylhydroxyanisole, alcool cétylique et sorbate de potassium.

Autres Excipients : Glycérol, paraffine liquide (contient du tout-rac-alpha-tocophérol), polysorbate 60, vaseline (contient du tout-rac-alpha-tocophérol), acide chlorhydrique, eau purifiée. qsp

Voie cutanée

Ne pas laisser à la portée des enfants

Lire attentivement la notice avant emploi

Centésimale

Par tube

2 g

300 mg

100 g

15 g

للأنبوب

المنوية

التركيبية

300 مغ

2 غ

15 غ

100 غ

حمض فوسيديك
المواد ذات تأثير معلوم: بوتيل هيدروكسي أنيزول، كحول ستيثي، سوربات البوتاسيوم
المواد الأخرى: غليسول، بارافين، سائل (تحتوي على جميع-راك-ألفا-توكوفيرول)، بوليسوربات 60، فازلين (تحتوي على جميع-راك-ألفا-توكوفيرول)، حامض الكلوريدريك، ماء نقي: كمية كافية ل
عبر الجلد
لا يترك بمقتضى الأطفال
ينبغي قراءة النشرة بعناية قبل الاستخدام

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
عدم البلع - احترام الجرعات الموصوفة

A conserver à température entre 15°C et 25°C

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale

بناء على وصفة طبية فقط

فوسيدين® 2% كريم
أنبوب من 15 غ

ZAMOX® enfant

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

Poudre pour suspension buvable
en flacon



6 118000 041139

ZAMOX

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Composition pour un flacon :

Amoxicilline trihydratée, quantité correspondant à
amoxicilline anhydre 6 g

Clavulanate de potassium, quantité correspondant
à acide clavulanique 750 mg
Excipient à effet notoire : Potassium

Mise en garde spéciale : risque d'allergie

Après addition d'eau jusqu'au trait de jauge gravé
sur le flacon, on obtient 60 ml de suspension
reconstituée soit 224 doses-graduation.
(1 dose = 1 kg).

ZAMOX

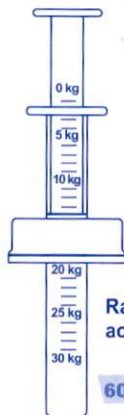
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Poudre pour suspension buvable en flacon

Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 66DH10

LOT L3534 PER 10/24

ZAMOX® enfant

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

Poudre pour suspension buvable
en flacon



6 118000 041139

ZAMOX
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Composition pour un flacon :

Amoxicilline trihydratée, quantité correspondant à
amoxicilline anhydre 6 g

Clavulanate de potassium, quantité correspondant
à acide clavulanique 750 mg
Excipient à effet notoire : Potassium

Mise en garde spéciale : risque d'allergie

Après addition d'eau jusqu'au trait de jauge gravé
sur le flacon, on obtient 60 ml de suspension
reconstituée soit 224 doses-graduation.
(1 dose = 1 kg).

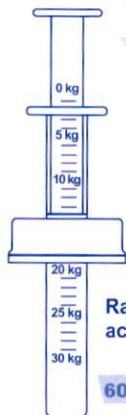
ZAMOX

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

100 mg / 12,5 mg par ml

enfant

Poudre pour suspension buvable en flacon
Voie orale



Rapport amoxicilline-
acide clavulanique : 8/1

60 ml = 224 doses-graduation
(1 dose = 1 kg)

Agiter la suspension reconstituée avant emploi

PPV 66DH10

LOT L3534 PER 10/24