

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 22 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

W21-832845

☒ 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 : Lotissement Yasmine 2 Residence Polo 3 Apr 2

Casablanca

Tél. : 0673572938

Total des frais engagés : 661,9

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/23

Nom et prénom du malade : BENZAKI NOUR

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite + Ode

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

AV



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

PR4FF05/V2/20-10-2023

| 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 |
| 15.12.23 | | 2 | 250,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 15/12/2023 | 411,90 |
| | | |
| | | |

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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 | Montant des Honoraires | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | <input type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montant des Honoraires | <input type="text"/> 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 | | |

Docteur Rochd Benmerzouk

Pédiatre

Néonatalogie - Puériculture
Pédiatrie générale - Asthme - Allergologie



الدكتور رشيد بن مرزوق

اختصاصي في طب الأطفال و الرضع
و الحساسية

Tél.: 05 22 52 44 68

- DN 28.4.20

- Pds: 15

- Temp.: 38.7

Casablanca, le 15.12.23

Prénom :

Noor

Nom :

Benzakri

1) Augmentin sup 5

15 y x 03 / x 08 fois

2) Oropres 20 cp

1 cp / 2 x 05 fois le soir

3) Cefixime sup

1 com x 03 / x 06 fois

4) Ofload Amoxiclavine

1/2 bloc x 02 / 1 fois chaque nuit

5) Resonel spray nasal

1 pulvérisation / 2 fois le soir x 15 fois

4M, 9



PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDRE
24 Lot. Yasmina les Crêtes
Casablanca - Tel.: 0522 85 55 56

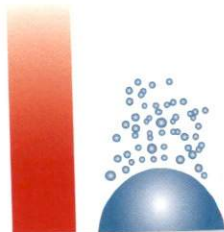
شارع القدس، جزيرة المجد، عمارة A، الطابق الأول، تشقة 4، حي الإنارة، عين الشق - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lotissement Al Majd, Immeuble A, App. N° 4 - Hay Inara - Ajn chock - Casablanca



أراالبريد® 20 مغ
برينيديزولون

30 قرصا فائرة



Composition
Prednisolone (sous forme de métsulfobutoate sodique) : 20 mg
Excipients (dont lactose) q.s.p. 1 comprimé

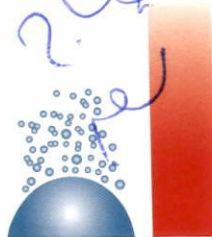


پروموفارم س.ا.م.
PROMOPHARM s.a.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

OraPred® 20 mg
Prednisolone

30 comprimés effervescent



S 118001 100811
145080
08511
P.V. : 70,80 DH
surculinaire
mg/0,5 ml sol
Oflocet 1,5
Ain seba
Rabat - R.P. 1
Route de
Santé-a
entis Maroc

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml

15 kg



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas
pendant jours

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة... يوم

PPV: 64,80 DH
LOT: 652505
PER: 06/2025

Liste I. Uniquement sur ordonnance

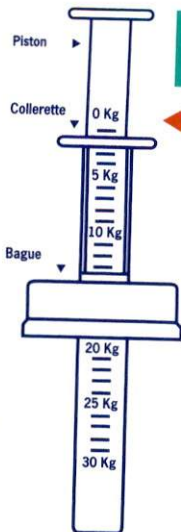
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

100mg/12,50mg/1ml



enfant

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de
préférence au début des repas,
pendant jours.

جرعة رقم 3.... مرات في اليوم، من الأفضل
قبل الأكل، مدة.... يوم

PPV: 64,80 DH
LOT: 652683
PER: 05/2025

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

GlaxoSmithKline Maroc, Ain El Aouda, Région de Rabat.

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc, 42-44 Angle Bd Rachidi et
Rue Abou Hamed Al Ghazali, Casablanca 20.000

RISONEL®

0.05%

Voie nasale
Suspension Pour
Pulvérisation Nasale
Furoate de Mométasone

Composition: furoate de mométasone monohydraté 51,8 microgrammes, quantité correspondant à 50 microgrammes de furoate de mométasone anhydre.
Excipients: cellulose dispersible (AVICEL RC 591), glycérol, citrate de sodium dihydraté, acide citrique monohydraté, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium, eau purifiée. Un flacon correspond à 140 pulvérisations. Une pulvérisation délivre une dose de 50 microgrammes de furoate de mométasone anhydre.

Excipients à effet notoire: Ce médicament contient du chlorure de benzalkonium et la Glycérine.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Agiter bien le flacon avant chaque utilisation.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° : 376/16 DMP/21/NCV

Mises en garde spéciales:
Lire la notice avant utilisation.

Tableau A (Liste I)

احفظي جوار الفلن عاتك في الحفظ
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



18 g

bottu s.a.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



bottu s.a.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

ريزونيل®

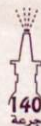
%0.05

عن طريق الأنف
بخاخ للأنف
فيروات الموميلازون

المادة الفاعلة هي: فيروات الموميلازون 51,8 ميكروغرام كمية مصادلة لـ 50 فيروات الموميلازون جاف للجرعة الواحدة.
هذا الدواء يوجد تحت صيغة محلول للرش عبر الأنف عليه لـ 140 جرعة.
الرشة الواحدة تصدر جرعة واحدة من قيمة 50 ميكرو غرام من فيروات الموميلازون الجاف.
هذا الدواء يحتوي على كلورور البينزا الكونيوم، الفليسرين، يتعين الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.
رج العبوة جيدا قبل كل استعمال.
يحتفظ بعيدا عن متناول ومرضئ الأطفال.

Fabricant:

Abdi Ibrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş.
Sanayi Mah. Tunç Cad. No:3
Esenyurt / İstanbul / Turkey



18 g

bottu s.a.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



bottu s.a.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04