

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° W21-821394

☒ 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 : 1055-2 Residence Pole 3 Apt 2

Tél. : 06 73572938

Total des frais engagés : 31700

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAJI LANA
Pédiatre
Imm. Al Mountazah, Ang. A. Mediouna et rue Bengrir,
bureau N° 8, 2ème étage, Bettana - Sale
Fixe : 05 30 05 58 18
I.N. : 101266773

Date de consultation : 14/10/2023

Nom et prénom du malade : BENZAKI NOUR

Age : 37 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Resct. alrgy

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) :



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
24/10/23	C>	1	2 TDH	INP: [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DAHAB Lot. Houre - Tél.: 0537 85 12 97	24/10/23	62,00

PHARMACIE DAHAB			
102020153			
IES			
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	

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 : [Signature]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
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 []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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. TAMI Laila
Pédiatre

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat
- Diplômée en Dermatologie Pédiatrique de l'Université de Dijon - France
- Ancienne praticienne à l'Hôpital d'Enfants de Rabat
- Ancienne interne du CHU 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 : 14/10/2023

ORDONNANCE

Enf BENZAKI NOUR // 3 ans et 5 Mois

29/10
1) BETASTENE 0.05 % GTTES FLC 30 ML
150 gouttes / jour le matin pdt 5 jours

2) ALER-Z SIROP
1/2 cam x 2 / jour pdt 5 jours

37/10
67/10
Pharmacie DAHAB
47, Lot. Houya - Tabriquet
Salé - Tel.: 0537 85 12 81

Dr. TAMI Laila
Pédiatre
Immi Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et rue Bengrir,
Bureau n° 8, 2ème étage, Bettana - Salé
Tél: 05 30 06 50 18
LNPE: 107426773



+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 المنتزه، ناصية شارع مديونة وزنقة بنكربر، مكتب رقم 8، الطابق الثاني، بطانة سلا

37100



0 m

Bétastène®

Bétaméthasone

0,05%

Bétastène®

Bétaméthasone

بيطاستين®

بيطامazon

0,05%

بيطاستين®

بيطامazon

Composition :

Bétaméthasone 0,05g
Excipients q.s.p 100ml
Excipients à effet notoire : Sorbitol,
Saccharose, propylène glycol

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION

Conserver à une température
ne dépassant pas 25°C

Conserver le flacon dans l'emballage
extérieur et à l'abri de la lumière

La solution se conserve 8 semaines
maximum après ouverture du flacon

Ne pas laisser à la portée des enfants

Reservé aux nourrissons et
aux enfants



Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable
21, Rue des Asphodèles, Madrif, Casablanca - Maroc



قطرات

عن طريق الفم
قارورة من فئة 30 ملل
بقطارة

فار
م
عن

التركيب :

بيطامazon 0,05%
سواغ كمية كافية لـ 100 ملل
سواغ ذات تأثير معلوم : سوربيتول، سكروز،
بروبيلين غليكوز
اقرأ النشرة بتأني قبل الإستعمال
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية
يحتفظ بالقارورة في تغليفها الخارجي بعيدا عن
الضوء

بعد فتح القارورة، يمكن الاحتفاظ بهذا الدواء
لمدة 8 أسابيع كحد أقصى
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال
هذا الشكل مخصص للرضع ولأطفال

Liste I

Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
إحترم المقادير المعينة

AMM : 213 DMP/21/NNP

Bétastène 0,05%, solution
boivable, flacon de 30ml

