

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.

Diagnostique 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.

Educations :

- 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.

Maladie chronique :

- 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0026765

ND: 32027

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12816 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FLAWA BENHEDJAN

Date de naissance : 09/10/1983

Adresse : 86 Rue de l'Atlas apt n°4 Maarif Casablanca

Tél. : 0670768384 Total des frais engagés : 450,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Laïla OUSI BEN OMAR
Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Laser
14 Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat
Tél. 537 23 45 40

Date de consultation : 18/05/2024

Nom et prénom du malade : FLAWA BENHEDJAN ifalnia Age :

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

Nature de la maladie : Rhéumatisme

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 : 23/06/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
de 19-05-2020		1 ct	# 2 ct g h h r	

Dr. Larbi UUSI BERNARD
Spécialiste en Dermatologie-Ven
Laser
Nations Unies, Agdal - Ra
05 37 77 79 95

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
A	19/5/2020	450,20 DH
INP 102003332		

INP 102003332

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

Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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'

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur Laïla OUSI BEN OMAR
 Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser
 Diplômée de la Faculté de médecine de Lille
 Tél. : 05-37-77-79-95
 05-37-77-77-65

me Bencheqman ifania.

Rabat le 19-05-2020

69.00x4
 10/tetracyclal 300

x 02
 m
 = 04
 boir 5

01 gel / J 1 le 15

87.10x2

20/Rozex gel

x 02 m

01 v / J 1 le 15 / nez - face - menton

20/ Rubakalm A R étalée

tous le matins, 2 fois
 et pnt la journée

la trille / visage
 en cas de bochelette
 ce biter

40/eeee thermale

en cas de

sevation de cholel

450, 20



Dr. Laïla OUSI BEN OMAR
 Spécialiste en Dermatologie Vénéréologie Laser
 14 Avenue des Nations Unies, Agdal - Rabat
 Tél : 05-37-77-79-95

Adresse : 14, Avenue des Nations Unies, Agdal Rabat
 Tél. : 05-37-77-79-95 05-37-77-77-65
 ICE : 0016665771000076 INP : 101117182

50/ Anthelical teinte

1 le 15

de fabrication :
رقم حصة
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

04 2022

810

Tetralysal®

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيكلين

300 mg

300

GALDERMA

de fabrication :
رقم حصة
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

04 2022

810

Tetralysal[®]

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيكلين

300 mg

300

GALDERMA

de fabrication :
رقم حصة
Date d'utilisation :
التاريخ الأقصى للا

810
04 2022

Tetralysal[®]

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيكلين

300 mg

300

GALDERMA

de fabrication :
رقم حصة
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

04 2022

810

Tetralysal[®]

lymécycline

16 GELULES كبسولة 16

Voie orale الفم

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



ليميسيكلين

300 mg

300

GALDERMA

ROZEX
métronidazole

GEL

Voie cutanée

0,75%

GALDERMA

Rozex
métronidazole

GEL

Voie cutanée

0,75% 30 g

GALDERMA

COMPOSITION :

Métronidazole 0,75 g
Pour 100 g de gel.

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoates de méthyle et de propyle (E218 et E216).

Autres excipients : carbomère (carbopol 980), édétate de sodium, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PRECAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :

Ce médicament doit être conservé à une température ambiante.



Médicament autorisé N° 34009 333 669 2 6

Titulaire / Exploitant :

GALDERMA INTERNATIONAL
TOUR EUROPLAZA - LA DÉFENSE 4
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN
92927 LA DÉFENSE CEDEX

Fabricant :

LABORATOIRES GALDERMA
ZONE INDUSTRIELLE - MONTDÉSIR
74540 ALBY SUR CHERAN



ROZEX 0,75 %

Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N°90 DMF/21/NRO

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

B.F. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070510

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

ROZEX
métronidazole

GEL

Voie cutanée

0,75%

GALDERMA

Rozex
métronidazole

GEL

Voie cutanée

0,75% 30 g

GALDERMA

COMPOSITION :

Métronidazole 0,75 g
Pour 100 g de gel.

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoates de méthyle et de propyle (E218 et E216).

Autres excipients : carbomère (carbopol 980), édétate de sodium, hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PRECAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :

Ce médicament doit être conservé à une température ambiante.



Médicament autorisé N° 34009 333 669 2 6

Titulaire / Exploitant :

GALDERMA INTERNATIONAL
TOUR EUROPLAZA - LA DÉFENSE 4
20, AVENUE ANDRÉ PROTHIN
92927 LA DÉFENSE CEDEX

Fabricant :

LABORATOIRES GALDERMA
ZONE INDUSTRIELLE - MONTDÉSIR
74540 ALBY SUR CHERAN



ROZEX 0,75 %

Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N°90 DMF/21/NRO

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

B.F. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 070510

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES