

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-778773

A77930



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

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) M869 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Zarei Lepriné

Date de naissance : 17/03/1973

Adresse : 12 CRA, Rue d'Euron, BP 74, etage 1

Belvédère Casablanca

Tél. : 0626104660 Total des frais engagés : # 622,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin Docteur Azzedine BENKIRANE

Cachet du médecin : Pédiatre  
36, Rue Lille - Casablanca  
Tél : 05 22 31 51 23 / 44 38 64

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint

Nature de la maladie :

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE 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
26/09/23	Maladie		250,00	Docteur Azzedine BENKIRANE 109102350 106, rue Lille - Casablanca 3151231443864

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMacie Farnida Hassan 30 01 69 - Fax : 30 07 64	26/09/23	37240

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

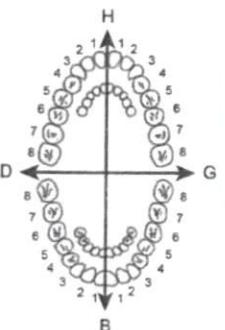
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

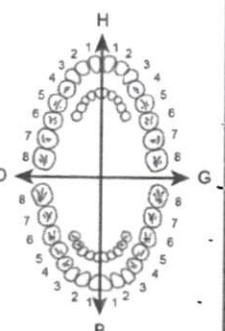
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXCLUSION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET MEDICAL PEDIATRIQUE

Docteur Azzedine BENKIRANE

Diplômé d'Etudes Spéciales de pédiatrie.

Spécialiste des Maladies des Enfants-Nourrissons

Asthme-Tests Cutanés

Ancien assistant des Hôpitaux de PARIS

الدكتور عز الدين بنكيران

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

حساسية التنفس والضيق

أستاذ مساعد سابقاً بمستشفيات باريس

26/09/23

lot. 3737  
Per.: 03 2026  
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

TOKHTARI Doudaa

15.30

PPV: 15DH30  
PER: 02/26  
LOT: M700

1) ~~clotrim 2 gels sup~~ (S.V.)

1 gelule

X3fjly

138,30

2) ~~Mupreutylg~~ (S.V.)

1 cp

Xly

119,10

3) Risanol (S.V.)

1 cu

X2elv

20.20

4) ~~cotipax 9 ml~~ (S.V.)

Résidence koutoubia Angle Bd. Emile Zola & Rue de Lille  
N°36 1er Etage Apt. N° 2 à Côté de La Banque Populaire  
Tél.: Cab.: 0522 31 51 23 / 44 38 64 - CASABLANCA  
E-mail : benkirane\_az@hotmail.com

Docteur Azzedine BENKIRANE  
Pédiatre  
36, Rue Lille - Casablanca  
Tél.: 05 22 31 51 23

N° du Lot 221277  
Date Per. 21.09.2026  
P.P.V: 119,10 DH

إقامة الكتبة - زاوية إميل زولا - زنقة ليل  
رقم 36 الطلقق الأول رقم 2 بجانب البنك الشعبي  
الهاتف العيادة : 0522 31 51 23 / 44 38 64 - الدار البيضاء

25.5

5) Dose de

5.

1237240 Ncne x 200  
X

Tél : 05 22 81 51 23 / 44 38 64  
36, Rue Lili - Casablanca  
Pediatre

Docteur AZZEDINE BENKIRANE





8 032578 479263

Lot: 230023

À consommer

avant le: 01/2026

PPC: 79,50 DH

Phar  
RE

Comprimés = 16 Prises

32

ADULTE

500mg/62,50mg  
Comprimé

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg  
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة  
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH

LOT: 650873

PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

Phar  
RE