

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° W21-778773

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11869 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAKI KARINA

Date de naissance : 17/09/1978

Adresse : 12 CIA, rue d'evran, DPT 4, etage 1

Belvédère casablanca

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

Cadre réservé au Médecin

Docteur Azzedine BENKIRANE

Pédiatre

36, Rue Lille - Casablanca

Tél : 05 22 31 51 23 / 44 38 64

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mokhtar

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) :

Autorisation CNDP N° : A-215/2019



Docteur Azzedine BENKIRANE
Pédiatre
36, Rue Lille - Casablanca
Tél : 05 22 31 51 23 / 44 38 64

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Méd. attestant le Paiement des Actes
26/09/23	26/09/23	26/09/23	26/09/23	Dr. Azzedine BENKIRANE

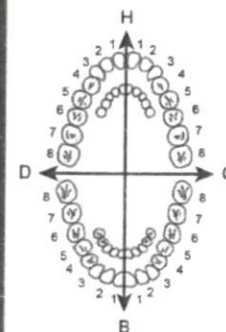
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ferida HAZZAM	26.09.23	37245

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

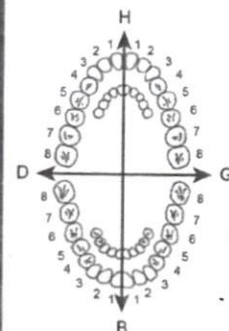
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
G	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'EXECUTION

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 والضيقة

أستاذ مساعد سابقا بمستشفيات باريس

26/09/23

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

17 OKHTARI Doha

PPV: 15DH30

PER: 02/26

LOT: M700

15.30

1) clotrimazole sup (S.V.)

1 setule

x3 fois

13.30

2) Amphotericin B (S.V.)
1 cp

x4

11.10

3) Pisane (S.V.)

1 au x2 fois

20.20

4) clotrimazole (S.V.)

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

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

إقامة الكتبية - زاوية إميل زولا - زنقة ليل

رقم 36 الطابق الأول رقم 2 بجانب البنك الشعبي

الهاتف العيادة : 0522 31 51 23 / 44 38 64 - الدار البيضاء

79.50

5/ Dpactech



T₂ 372,40

1 C neu

x 2 cell

x 7

Docteur Abdelhak BENKIRANE
Pédiatre
36, Rue Lila - Casablanca
Tél : 05 22 51 51 23 / 44 38 64

PHARMACIE FARIDA
Farida HAMAMOUCHE
Pharmacienne Biologiste
79, Bd. Ibn Tachfine - Casablanca
Tél. : 30.01.69 - Fax : 30.07.03





8 032578 479263

Lot:

230023

À consommer

avant le:

01/2026

PPC: 79,50 DH

Phar
RE



32 Comprimés = 16 Prises

ADULTE

500mg/62,50mg
Comprimé

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} 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