

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 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 tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0033978

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZI Nadia

Date de naissance : 16/05/55

Adresse :

Tél : 0661155557

Total des frais engagés : 3580 DH / 1500 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba
Médecine générale - Diabétologie
Permis de Conduire
Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa
Tel : 05 22 37 16 61

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2022

Nom et prénom du malade : TAZI NADIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite + R. Rhumatismales

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 :

Le : 21/12/22

Signature de l'adhérent(e) : Nadia

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

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
14/10/22	C		150,00	Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba Médecine générale - Diabétologie Permis de Conduire Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa Tel : 05 22 37 16 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Wermillage
13, Avenue l'Emménagement
33000 Bordeaux

14/10/22

358,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

14/10/22

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

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 :

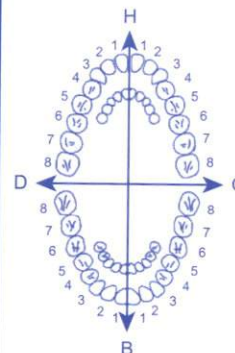
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

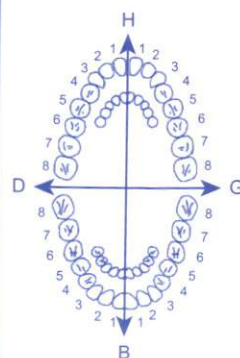
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT 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

Dr. Benboubker Kazmane Adiba

MEDECINE GENERALE

Echographie
Expert Assementée

Jamila 5 - Rue 145 N°110
Cité Djemaa - Casablanca

Tél : 05 22 37 16 61

الدكتورة بنبوبر قزمان أدبية

الطب العام

الايكروغرافي

خبيرة لدى المحاكم

جميلة 5 زنقة 145 رقم 110

قرية الجماعة

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 16 61

Casablanca, le 14/10/2022

M^{me} TAZI NADIA

1) AZT X. 500

797 1 p / 5

2) Zinaskin 45g

4080 1 p 2x / 5

3) Duoxol

37.00 1 p 2x / 5

4) Voltarene émulsion

60.00 3 applications / 5

5) Oriz. 20g

420 1 gélule

6) Duspatalin

54.00 1 p 2x / 5

7) Teguma crème

45.00 2 applications / 5

358.00

DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
علبة من 20 قرصا

37,00

Dr. BENBOUBKER KAZMANE
Médecine générale - Diabétologie
Permis de Conduire
Jamila 5 Rue 145 N°110 - Casa
Tel : 05 22 37 16 61

DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V : 54DH00
LOT : 22E001
PER: 09 2024
1180001010531

42,00

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Gel pour application cutanée

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Anti-inflammatoire

Antalgique

Diclofénac Diéthylamine,
Equivalent à 1 g de diclofénac sodique

Parfum

Excip. q.s.p 100 g

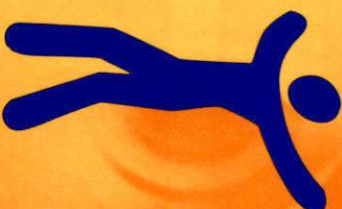
Excipient à effet notoire :
Propylène glycol.



رجاء احترام الجرعات الموصوفة

Ne pas dépasser les doses prescrites

يجوز فقط تحت وصفة طبية لائحة II
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Tube de 100 g

gsk

LOT : M0611
EXP : 12/2024
PPV : 60,00 DH

COMPOSITION :

Terbinafine (DCI) chlorhydrate.....	150 mg
Excipients : q.s.p.....	15 g

Excipient à effet notoire : Propylène glycol, alcool cétyloséarylique

4

4.1, Rue Med Diouri, 20 110 Casablanca
Amina DAÛUDI : Pharmacien responsable
Fabrique par : Cooper pharma

COOPER
PHARMA

TEGUMA®1%

Crème 15 g



COOPER
PHARMA



ع ۱

ع ۱

3

مدّة ١/٢ ساعة زوال ٢٠ مساله

تیرینا فین

1% على الحد

CONDITIONS D'EMPLOI :

Voie cutanée

Ne pas avaler

Éviter tout contact avec les yeux

se conformer à la prescription médicale

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

À conserver à une température ne dépassant pas 25°C

استمعوا علي الحلال

K 77

الحمد لله الذي جعلنا من عباده

الكلية: كلية الطب

حفظت عدا من متناه إلى ما في الألفاظ

25°C (25°C)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترق المداير المصنعة

لا يزال الأمر صفة طبية

TEGUMA®
Terbinafine

1%
proie cutanée

Crème

159



COOPER PHARMA

LOT:211343
PER:10-2023
PPV:45,00DH

PER: 10-2023

PPV: 45,00DH

Laprophan
للإبروفان

قراصا فائرا 20



45 ملج

(سولفات الزنك)

زيناسكين®

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024
LOT 18066 73

20 comprimés effervescents

توكيدي الدواء: 45 ملج

الزنك (على شكل سولفات الزنك احادي الهيدرات)

السواغات صلبة قارية

FORMULE: 45 mg

Zinc (sous forme de sulfate de zinc monohydraté)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE: (المواد الفعالة وتأثيرها)

Sodium - Saccharose (الصوديوم - السكروز)

Voir notice pour plus d'informations. (انظر النشرة للمزيد من المعلومات.)

تحتوي هذه العلبة على 900 ملج من الزنك.

Cette boîte contient 900 mg de zinc.

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
احفظها بعيدا عن متناول الأطفال
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II

AMM N° 02/21
NRQD/DMP/HA/18

Laprophan
للإبروفان

20 comprimés effervescents



45 mg

(Sulfate de zinc)

ZINASKIN®

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescents



INDICATIONS - POSOLOGIE - CONTRE-INDICATIONS

MODE D'EMPLOI: Voir notice

Voie orale

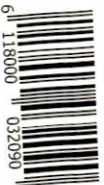
عن طريق الفم

يحفظ الدواء بعيدا عن متناول الأطفال

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ الدواء بعيدا عن متناول مرضى الأطفال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants



6 118000 032090

Laprophan
للإبروفان

ملابس المستحضرات المسطحة شمال إفريقيا - 21 - منطقة الأندلس - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODOTS PHARMACEUTIQUES SYMAGIQUE DU NORD - 21, rue des ordons - CSMAI ANCA - MAROC



AZIX[®]

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L361

