

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.

M22- 0033978

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2613

Société : R&M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tazi Nadia

Date de naissance : 24/07/55

Adresse :

Tél. : 0661155657

Total des frais engagés : 3580.26.15.001 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 14.10.2022

Nom et prénom du malade : Tazi Nadia Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie : Bronchite + D. Rhumatismale

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 : Nadia Le : 24/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : Nadia

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
14/10/22	C		150.94	<p>Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba Médecine générale - Diabéologie Permis de Conduire Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa Tel: 05 22 37 16 61</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie L'Emillage - Casa	14/10/22	358.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaires, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Benboubker Kazmane Adiba

MEDECINE GENERALE

Echographie
Expert Assermentée

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

Tél : 05 22 37 16 61

الدكتورة بنبوبكر قزمان أديبة

الطب العام

الإيكوغرافي

خبيرة لدى المحاكم

جملة 5 زينة 145 رقم 110

قرية الجماعة

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 16 61

Casablanca, le 11.6.1992

Mme TARI NADIA

1) AZT K. 500

70.70

1 p / 5

2) Zinastim 45 mg

40.80

1 p 2x / 5

37.00

3) Duoxol

1 p 2x / 5

60.00

4) voltaren emulgel 3 applications / 5

12.00

5) ORIZ. 2mg

1 gelule

54.00

6) Duspatalin

1 p 2x / 5

45.00

7) Tegumix 2 applications / 5

1 p 2x / 5

42.00

358.50



37.00

Dr. BENBOUBKER KAZMANE
Médecine générale - Diabetologie
Permis de Conduire
Jamila 5 Rue 145 HOTEL CASA
Tel: 05 22 37 16 61



6 11800001010531

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

Emulgel Topique

Gel pour application cutanée

Voltarène

Diclofénac Diéthylamine

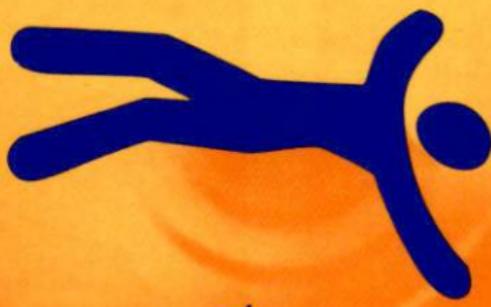
Emulgel Topique

Tube de 100 g

Anti-inflammatoire
Antalgique

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

Diclofénac Diéthylamine,
Équivalent à 1 g de diclofénac sodique
Parfum
Excip. q.s.p 100 g
Excipient à effet notoire :
Propyléneglycol.



The GSK logo is located in the bottom right corner of the slide. It consists of the letters 'gsk' in a lowercase, sans-serif font, enclosed within a light blue circle.

IPER
PHARMA

1

Crème 15g

1%

Voie cutanée

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

۲۷۷

21



COMPOSITION:

Terbinafine [DCI] chlorhydrate 150 mg

Excipients : q.s.p. 15 g
Excipient à effet notoire : Propylène glycol, alcool cétostéarylique

COOPER
PHARMA
41, Rue Med Diouri, 20 110 Casablanca
Almina DAOUDI : Pharmacien responsable
Fabriqué par : Cooper pharmaceutique

CONDITIONS D'EMPLOI :

Tableau C (liste III)

لا يطلع
بعد تعبيره لمس العيون بالكريم
بعد الإبرام بالوصلة المثلثة
بحفظ مهاراته على مستوى أفراد الأطفال
بحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C

- 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
- A conserver à une température ne dépassant pas

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم дозات **المحضنة**
Uniquement sur ordonnance
لَا يُبَلِّغَ بِأَصْوَاتِ طَلَبِيَّةِ

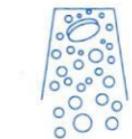
A vertical box for Télam 1% Terbinafine cream. The top section is green with white text. It says '1%' in a large, bold, white font, and 'Vie cutanée' in a smaller, white, sans-serif font below it. The bottom section is blue with white text. It features the brand name 'Télam' in a large, stylized, blue font, with a registered trademark symbol (®) above the 'a'. Below the brand name is a horizontal line. To the right of the line, the active ingredient 'Terbinafine' is written in a smaller, white, sans-serif font.


 SOIR
 SOIR
 SOIR
 SOIR

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

Laprophan
لابروفان

لابروفان ٢٠



٤٥ mg

(زيكين ٤٥ mg)

زيكين

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 73

20 comprimés effervescents

Laprophan
لابروفان

20 comprimés effervescents



45 mg

(Sulfate de zinc)

ZINASKIN®

INDICATIONS - POSOLOGIE - CONTRE-INDICATIONS

INDICATIONS - POSOLOGIE - CONTRE-INDICATIONS
MODÈLE D'EMPLOI : Voir notice

Voie orale

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
dans un endroit sec, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

ZINASKIN® 45 mg



⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

⊗

<

AZIX

Azithromycine

500 mg

voie orale

8

PPV 79DH70
POT 01/25
L361

