

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

M22- 0005589

141961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TA2: Nadia

Date de naissance : 2/10/1975

Adresse :

Tél. : 0661155652

Total des frais engagés : 581,10 + 150 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 : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : NADIA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rycoze des ongles + islopathie

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

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
05/07/2019	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	150 DH		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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El-Terrage 28, Avenue El-Terrage - Casa Tél : 05 22 37 16 61	05/07/2019	581,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

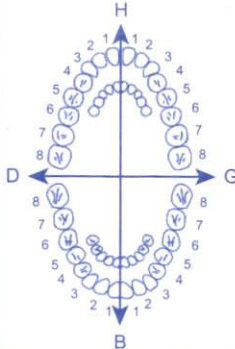
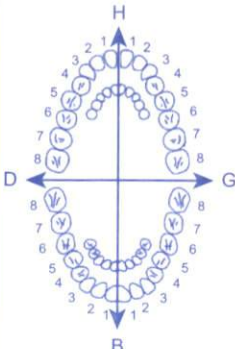
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

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 أدبية

الطب العام
الإيكوغرافي
خبيرة لدى المحاكم

جميلة 5 زقة 145 رقم 110
قرية الجماعة
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 16 61

Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba
Médecine générale - Diabetologie
Permis de Conduire
Casablanca, le 05/11/2022
Jamila 5 Rue 145 N°110 C.D - Casa
Tel: 05 22 37 16 61

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Mycoster 8% sol 13ml
P.P.V: 146,60 DH
6 118001 182589

TAZI NADIA

1) Eptapso (venis)
1 ggt location / 5 le matin
ongles pieds } ml 6 mois

2) Mycoster 8% (venis)
1 ggt / 5 le soir (ongles)

3) Dermofix (poudre)
1 ggt / sem (chaussures)

4) Terpine 250mg (B28)
1 p / 5 10 j / mois

5) Spasmodin 200mg
1 p 2 x / 5

6) Notilium
1 cuillère 3 x / 5

7) Stilnox
1 p / 5 le soir

LOT: 22E002
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DH60
6 118000 061465

Pharmacie Fernande
49, Avenue l'Emilage - Casa
Tél: 05 22 37 16 61

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

58/110

NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

MYCOSTER® 8 POUR CENT

Ciclopirox

Solution filmogène pour ap-
plication locale en flacon

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Mycoster 8% sol 13ml
P.P.V : 146,60 DH



Veillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes pour vous.

Si vous avez d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez besoin de plus d'informations et de conseils, adressez-vous à votre pharmacien.
- Si les symptômes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.
- Si vous remarquez des effets indésirables non mentionnés dans cette notice, ou si vous ressentez des effets mentionnés comme étant grave, veuillez en informer votre médecin ou votre pharmacien.

Dans cette notice :

1. QU'EST-CE QUE MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ?
3. COMMENT UTILISER MYCOSTER 8 POUR CENT, solution filmogène pour application locale en flacon ?
4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Spasmopriv®

Mébévérine

200 mg



LABORATOIRES
irex
sanofi-synthelabo

b

Préparé par bottu, s.a.
16, Allée des Cèdres - 40100 Sedan - France
S. Barhouch - Pharmacien Responsable

Composition :

Chlorhydrate de mébévérine 200 mg
Excipients q.s.p un comprimé sécable

Voie orale

Autres informations:

Lire attentivement la notice avant utilisation

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

سپاسموپريف®
مبفرين
200 ملغ

30 قرصا
قابلية للكسر



LABORATOIRES
irex
sanofi-synthelabo

مصنوع من طرف بوتو، س.أ.
16، ألي دي سيديز - 40100 سيدان - فرنسا
S. بارخوش - صيدلي مسؤول

b



AMM N°84 DMP/21/NRQ


Spasmopriv® 200 mg
Mébévérine
30 comprimés sécables



احترموا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

PPV: 44DH90
PER: 02/24
LOT: K326

LOT : 21E013
PER.: 10 2024

MOTILIUM 1MG/ML 
SUSP BUV FL 200 ML

P.P.V : 40DH80



Handwritten signature

Motilium[®] 1 mg/ml
200 ml suspension buvable

