

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.

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002178

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : R.A.M 177811

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Tazi Nadia Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661155655 Total des frais engagés 150000,5511,70 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 : 20/09/2023

Nom et prénom du malade : Tazi Nadia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Conjonctivite + Mycose des ongles

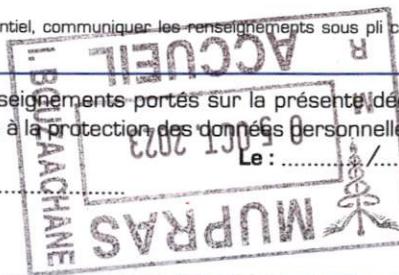
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
20/09/23	C		150 DH	Dr. BENBOUBKER KALZMANE 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
 <i>pharmacie l'Ere</i> <i>avenue l'Ermitage</i> <i>224-Fax: 022.86.01.70</i>	20/19/2023	511,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

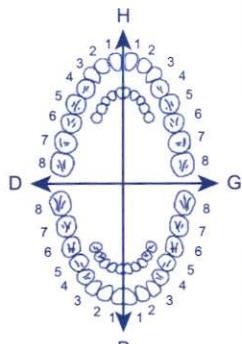
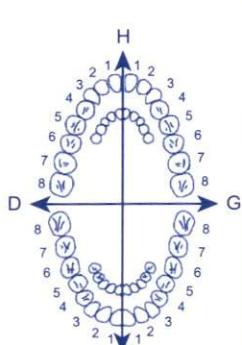
AUXILIAIRES MEDICAUX

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												
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1581 895 1823 1055"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
		COCOEFFICIENT 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 Assermentée

Pharmacie N° 145
48, Avenue l'Emirage
Tél: 022.86.19.24. Fax: 022.86.91.75



الدكتورة بنبوبكر قزمان أديبة

الطب العام

الايكوغرافي

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 20/09/2023

M. STAZI NADIA

- 1) Tetralysal 300mg
1 gélule x 1/5
- 22.60 2) fluon collyre
1 goutte 3x 1/5
- 26.10 3) Tobrex 0.3%
1 goutte 3x 1/5
- 26.10 4) 1 goutte 3x 1/5
- 37.20 5) FuciThalmic 1%
2 applications/5
- 88.40 5) Zadryl 10mg
1/5/5 le sur
- 39.70 6) Fucidine pomade
2 applications/5
- 146.60 7) Myoster 8% solution flmogane
1 application/5 sur les ongles
- 8) ZINASKIN 40mg
40.90 x 2 1/5 2x 1/5

Pharmacie N° 145
48, Avenue l'Emirage
Tél: 022.86.19.24. Fax: 022.86.91.75

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

Jamila 5 - Rue 145 N° 110 Cité Djemaa - Casablanca - Tél : 05 22 37 16 61

جميلة 5 زنقة 145 رقم 110 قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 16 61

فوسيدين® 2%
مرهم أنيوب من 15 غ

39,70

88,40

ZINASKIN® 45 mg

PPU 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058,64

20 comprimés effervescents

ZINASKIN® 45 mg

PPU 40DH90 EXP 02/2025
LOT 10058,34

20 comprimés effervescents

LOT 230733

EXP 02/2015

P.V. 26

26,40



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans
l'avis d'un professionnel
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول ١ (الائحة ١) - يصرف بوجب وصفة طبية

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

Tobramycine
Flacon de 5 ml

توبريكس® 0,3%
 قطرات للعين على شكل محلول
 توبراميسين
 قارورة من سعة 5 مل

TOBREX® 0,3 %
Collyre, flacon de 5 ml
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

Médicament autorisé

n° 34009 334 189 4 6.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Titulaire / Exploitant :

PIERRE FABRE DERMATOLOGIE
45 PLACE ABEL GANCE
92100 BOULOGNE - FRANCE



Pierre Fabre

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Mycoster 8% sol f3ml
P.P.V : 146,60 DH



6 118001 182589



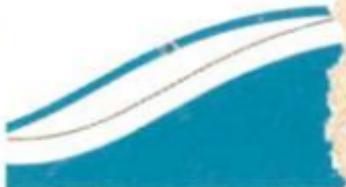
3400933418946

MYCOSTER®

8%

Solution filmogèn
pour application
locale en flacon

Ciclopirox



Composition:

Acide fusidique : 30 mg pour 3 g de gel

Excipients:

chlorure de benzalkonium, édétate de sodium, mannitol, carbomère, solution d'hydroxyde de sodium, eau pour préparations injectables.

Excipients à effet notable : chlorure de benzalkonium

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

التركيب

حمض الفوسفوريك + ملتيغرام + حرام جل (هلام)

المكونات

كلوريد الميركتوريوم، بروبيونات الصوديوم، دن، مانitol، كلارسيفير

(كلارسيفول ٧٧١ (س)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، دا، المغص

سواح له تأثير ماز، كلوريد الميركتوريوم

لمزيد من المعلومات انظر المشرفة المعرفة

1%

Fucithalmic® 1%

Ne pas avaler – Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® 1% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20





6 118001 070244

Flucon 100 mg de 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,50 DHS



Remboursable AMO
406865

NP

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 69,00 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



2



6 118001 070800