

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0002178

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : RAM 177811
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAZI NADIA Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 066115559 Total des frais engagés 15000 + 511,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. BENBOUKER KAZMANE Adiba
Médecine générale - Diabétologie
Permis de Conduire
Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa
Tel : 05 22 37 16 01
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 de 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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
20/09/23	C		1500H	<p>Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba</p> <p>Médecine générale - Diabétologie</p> <p>Permis de Conduire</p> <p>Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa</p> <p>Tel : 05 22 37 16 61</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie</p> <p>48, Avenue l'Emilage</p> <p>Tel: 022 86 19 24 Fax: 022 86 01 75</p>	20/09/2023	511,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

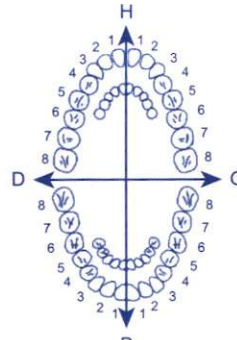
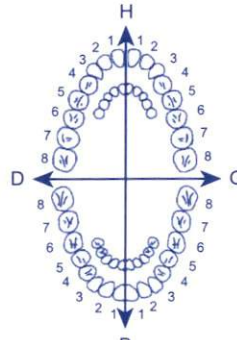
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, 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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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
Expertise Assemblée



الدكتورة بنوبكر قزمان أدبية

الطب العام

الايكوغرافي

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 20/09/2023

M^{me} TAZI NADIA

- 9.10 1) Tetralsal 300mg
1 gélule 2x/5
- 22.60 2) Fluon collyre
1 goutte 3x/5
- 26.40 3) Tobrex 0.3%
1 goutte 3x/5
- 37.20 4) Fucithalmic 1%
2 applications/5
- 88.40 5) Zadryl 10mg
1 p/5 hr
- 39.70 6) Fucidine pommade
2 applications/5
- 146.60 7) Mycoster 8% solution f. ongles
1 application/5 sur les ongles
- 8) ZINASKIN 45mg
40.90 x 2 1 p 2x/5

511.70

Pharmacie l'Ermilage

48, Avenue l'Ermilage - Casa
Tél: 022 37 19 24 - Fax: 022 37 19 75

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

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 أنبوب من 15 غ

39, 70

88, 40

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 06/2025

LOT 10058 64

20 comprimés effervescents

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 02/2025

LOT 10058 34

20 comprimés effervescents

LOT 230733

EXP 02 2016

P 1 V 25

26, 40



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول (لائحة أ) - بصرف موجب 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



Médicament autorisé
n° 34009 334 189 4 6.
Médicament non soumis à
prescription médicale.

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 13ml
P.P.V : 146,60 DH

6 118001 182589



3400933418946

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

MYCOSTER®

8%

Solution filmogène
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 notoire : chlorure de benzalkonium

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

التركيب

حامض الفوسيديك ٣٠ ملليغرام / ٣ جرام جل (هلام)

المكونات

كلوريد البنزالكونيوم، إديتات الصوديوم، دي-مانيتول، كاربومير

(كاربومبول ٩٢١ سي)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء للحقن

سواغ له تأثير بارز: كلوريد البنزالكونيوم

لغريد من المعلومات أنظر النشرة المرفقة

1%

Fucithalmic® 1%

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 200818

Ne pas avaler – Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance



6 118001 070244
Fluconazole pollyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
406865

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 Bousskoura-Maroc



6 118001 070800