

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Orthopédie :

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006887

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : TAKAFI FATIMA Date de naissance : TAKAFI FATIMA

Adresse : 176, said Azur - Tizi Zghart - Mar Bouazzaz

Tél. : 06.69.74.6.792 Total des frais engagés : 5.20 drs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR BENKIRANE MED JALIL
26 SEP. 2019
13 BDAIN TAOUJITATE CASA

Date de consultation : 26 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : M. TAKAFI sp. DAKHIA Benzia Age : 45 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

dysepsie

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 : 7/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

J. Benzia

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
26.9.19	S	1	300,00	DR BENJAMIN RABINOVITCH HEPATOGASTROENTEROLOGIST BRAIN DAUJAT TAE CAS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ADEB DR. RHALAT - Km 20 - Route d'Azzemour. Dar Bouazza - Casablanca Té : 05 22 32 00 92	26/03/2013	270,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

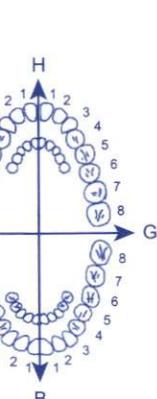
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

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 la

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				Coefficient 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

Docteur M. J BENKIRANE

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplôme de la faculté de médecine de paris

Ancien attaché au CHU Bichat (Paris) et à l'Hôpital de Poissy

Diplôme en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplôme en échographie digestive

Diplôme en nutrition

Membre de la Société Française d'hépato Gastro-entérologie



الدكتور محمد جليل بنكيران

الاختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبولي

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفرة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

Casablanca, le : 26/09/2019

MME TAKAFI EP DAKHAMA BENNANI FATIHA

S.V

S.V

S.V

• Pyrosix
1 càm, matin, midi et soir, après repas, pendant 8 jours

• D Cure forte
1 ampoule par mois pendant 3 mois

• Augmenti-
1 x 2

x 2

x 16

Dr. BENKIRANE MED JALIL

HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE

13, BD. AIN TAOUJTA - CASA

PHARMACIE EL ADIB

DR. RKALAT - Route d'Azzemour

Dar Bouazza - Casablanca

Tél: 05 22 23 00 92

13, Bd Ain Taoujta (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N° 3, 2ème Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطاث بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف : 05 22 27 03 53

E-mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

الإرجاع المعدني
مضاد للحمض

پیروزکس®

الجيئنات الصوديوم - بيكربونات الصوديوم



شراب معلق
قنينة من 250 مل
عن طريق الفم

ٹالینیکا G

PYROSIX®
Alginate de sodium - Bicarbonate de sodium

Composition :

Alginate de sodium 5,000 g
Bicarbonate de sodium 2,670 g
Excipients q.s.p 100 ml
Excipients à effet notoire : sels de sodium, sodium saccharinate, parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle.

Flacon de 250 ml.

- Sans colorant.
- Sans sucre.

Indications :

- Reflux gastro-œsophagien.
- Brûlures de l'estomac.
- Remontées ou renvois acides.
- Aigreurs de l'estomac.

Posologie :

En général, 1 à 2 cuillères à soupe 30 min après repas et éventuellement le soir au coucher.

AMM N° : 097/14 DMP/21/NNP

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

Alginate de sodium - Bicarbonate de sodium

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 32,50 DH



6 118000 191537

PPU: 49,60 DH
LOT: 18K20/B
EXP: 11/2021

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3

Importé par : **Ergo Maroc**
www.ergomaroc.com

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



SMB

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN® 500 mg/62,5 mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,5mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

PPV : 138,30 DH
LOT : 587617
PER : 02/20

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN® 500mg/62,5mg Comprimé

Amoxicilline hydratée, quantité correspondant à amoxicilline 500,00 mg

Clavulanate de Potassium, quantité correspondant à acide clavulanique 62,50 mg

pour un comprimé pelliculé

Augmentin® est une marque déposée des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline.

AUGMENTIN®
ADULTE

500mg/62,5mg
Comprimé

32 Comprimés = **16** Prises

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE 8/1

AUGMENTIN®

500mg/62,5mg
Comprimé

ADULTE

32 Comprimés
Pelliculés

 GlaxoSmithKline

1 Prise = 2 Comprimés = 1g

Voie Orale

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C.

MISES EN GARDE SPECIALES : risque d'allergie.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de Rabat

Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc
42 - 44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed
Al Ghazali, Casablanca 20 000