

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'Ho
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


M23-013807

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

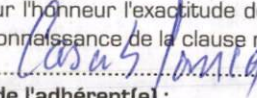
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 48121 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAZRAK SAAD 170418
Date de naissance : 26.04.53
Adresse : Rue KERGOMARD, Résidence ANBAR, Im 3.
Appart C. AIN DIAB, CASABLANCA
Tél. : 06 61 31 86 52 Total des frais engagés : 363,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 10/07/23
Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) :  Le : 10/07/23

Autorisation GNDP 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
2017/1/23	CS		363,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/23	363,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

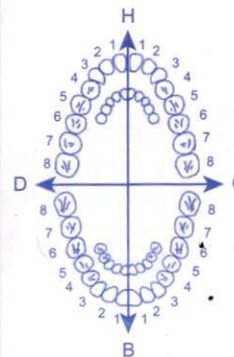
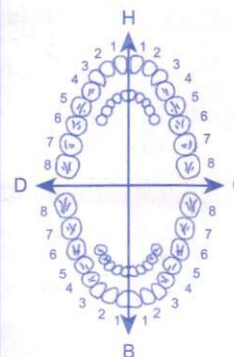
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Casablanca le: 2013/12/3

Mr Lagrath Sand

307072

Kaestle



57,80

0-1-0

no2

Tonday

LD - now

20



(A.A.M)

0-0-1

no2

244,00

F. ouest

No 2



8363,20

Sofia BOUGRINE
Dr de Dialyse AL Hana
05 22 39 33 88

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIRREDJ Roukia
15-16, Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tel: 022 79 79 01

KARDEGIC®

75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI

Composition :

Acétylsalicylate de DL - lysine 135 mg

Quantité correspondante en acide

acétylsalicylique 75 mg

Excipient à effet notoire : Lactose.

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines affections du cœur et des vaisseaux.

Mode et voie d'administration : Voie orale.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mises en garde spéciales : Réservé à l'adulte.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité.

Médicament non soumis à prescription médicale.

LOT : 23E002
PER.: 10 2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Aïn Sebaâ 20250,
Casablanca - Maroc.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Fabricant : sanofi-aventis Maroc

km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -
Aïn Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

KARDEGIC®

75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI

Composition :

Acétylsalicylate de DL - lysine 135 mg

Quantité correspondante en acide

acétylsalicylique 75 mg

Excipient à effet notoire : Lactose.

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est préconisé dans le traitement de certaines affections du cœur et des vaisseaux.

Mode et voie d'administration : Voie orale.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mises en garde spéciales : Réservé à l'adulte.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur, à l'abri de l'humidité.

Médicament non soumis à prescription médicale.

LOT : 23E002
PER.: 10/2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Aïn Sebaâ 20250,
Casablanca - Maroc.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Fabricant : sanofi-aventis Maroc

km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -
Aïn Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.

FerMed® 100 mg/5 ml

فيرميد®

Solution pour injection /

محلول للحقن /

Solution à diluer pour perfusion.

محلول للتخفيف من أجل التسريب

Complexe fer saccharose

مركب الحديد و السكروز

A utiliser par voie intraveineuse.

يستخدم عن طريق الوريد

Lire la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

Solution pour injection ou

محلول للحقن /

solution à diluer pour perfusion.

محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فئة 5 مل



4 250142 198875

Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml
P.P.V. : 244,00DH
118001360031

تورفا[®] 10

أتورفاستاتين 10 ملغ

LOT : 1113
PER : 01/25
PPV : 57,80 DH

TORVA[®] 10 10 mg ○

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

عن طريق الفم

30 قرصا
مغلفا



N° lot :
FAB :
Per :
PPV :

ETLTOR01V01