

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.

Prothèse :

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

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° P19-0026865

ND: 14 528

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 24.06.53

Adresse : 13 Rue OURIKA HAY JALAM CASA

Tél. : 06 61 31 86 52 Total des frais engagés : 902,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.12.2019

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Indigestion chronique

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 Le : 27 / 12 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

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
27/12/19		5		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/12/19

902,40

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

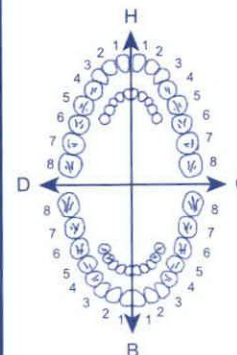
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

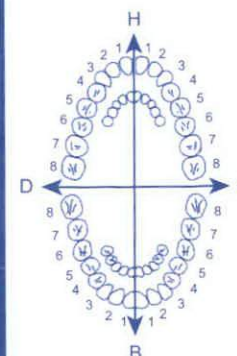
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION


[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتنقية الإصطناعية
أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

27/12/2019

La Zrak Soud

99.00

AD Mor 20 14/1 jan

95.00 x 2

Cordilior 2r 14/1 jan n°2

61.60 x 3

Caluist 15/1 jan n°3

39.70

Faudine 21 14/1 jan

30.70

Kordafc 70mg 18/1 jan

86.70

Dermofix 21 14/1 jan

45.70

Cotylam 14/1 jan

226.00

ES ae 14/1 jan

90.2740

Sead BOUZIANE MARTINI
PHARMACIE DAR KOUCH
LAHLALFA DAR KOUCH
Tél: 022 23 38 35 - 36
GSM: 061 55 52 54

Dr. Khadija HACHIM
Professeur de Nephrologie - Hemodialyse
Angle Bd 9 Avril et Rue Mansard
Tél: 05 22 23 38 35 - 36 - 05 22 99 49 92 - Fax: 05 22 99 49 93 - E-mail: hachim-khadija@hotmail.fr

LOT : 191124
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV :



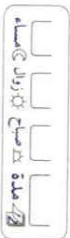
٢
اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

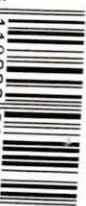
30 x

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



ESAC[®]

ésoméprazole

40
mg

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



ESAC 40 mg / 28 gélules
N° 252100

226,00



KARDEGIC[®] 75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI 

المكونات: أسيتيلساليسيلات د.ل. ليسين 135 ملغ
(الكسبة الموافقة من حمض أسيتيلساليسليك : 75 ملغ).

الاستعمالات: يوصف هذا الدواء في علاج بعض أمراض
القلب والأوعية.

طريقة وكيفية الاستعمال: عن طريق الفم.
اسكب محتوى الكيس في كأس كبير. أضف الماء. يتم
دويانه كاملا بسرعة.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال
القرأ الفشرة الداخلية بالفنهاء قبل الاستعمال.

تحذيرات خاصة: خاص بالبالغين.
لا يوصف هذا الدواء إلا بوصفة طبية.

الحفظ: يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة
مئوية.

تحفظ الأكياس في العلبة الخارجية، بعيدا عن الرطوبة.

LOT : 19E004
PER.: 04 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,
Casablanca - Maroc.

Fabricant : sanofi-aventis Maroc
km 10, route côtière 111, Quartier industriel Zenata -
Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.



30 ml
Solution à 2%
Voie topique

Dermofix® 2%
Solution
Sertaconazole

8670



Cataflam® 50mg

Diclofénac potassium

Voie orale

 **NOVARTIS**

Anti-inflammatoire, Analgésique.

20 Dragées à 50 mg

LOT: M19054
EXP: AVR 2022
PPV: 45,50 DH



Fucidine[®] 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

39,70 فوسيدين[®] 2% مرهم

أنبوب من 15 غ

فوسيدات الصوديوم

20 دسمبر - 1971ء

1,54 € **קטלוג**

الفصل الثاني في طرق

LOT 19028
PER OCT 23
PPV 61D460

61,60

20 دسمبر - 1971ء

1,54 € **קטלוג**

الفصل الثاني في طرق

LOT 19028
PER OCT 23
PPV 61D460

61,60

20 دسمبر - 1971ء

1,54 € **קטלוג**

الفصل الثاني في طرق

LOT 19028
PER OCT 23
PPV 61D460

61,60

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



6 118001 101337

Ne pas laisser à une température inférieure à 5°C, à l'abri de la lumière et l'humidité.
Ne pas laisser ni à la vue ni à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur
يحفظ في درجة حرارة أقل من 5°C بعيداً عن الضوء والرطوبة
يحفظ بعيداً عن مرمى ومناول الأطفال
يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال
لا يستعمل بعد انتهاء مدة الصلاحية المسجلة على العلبة

CARDINOR + GROSSESSE = DANGER
كاردينور + الحمل = خطر
Ce médicament ne doit être pris pendant la grossesse qu'après avis médical.
لا يأخذ هذا الدواء أثناء الحمل إلا بعد استشارة طبية

⚠️

25 ملغ

عن طريق الفم

كاردينور®
كارفيديلول

قرصاً قابلاً للكسر 30x



LOT: KA84212
PER: 10-2021
PPV: 95,00DH

COOPER PHARMA

Composition :

Carvédilol 25 mg
Excipients qsp 1 comprimé sécable
Excipients à effet notoire : Lactose

التركيبية :
كارفيديلول 25 ملغ
السواغات الكمية اللازمة لكل قرص قابل للكسر
لائحة السواغات ذات أثر ملحوظ : اللاكتوز

جدول (اللائحة أ) (liste I) tableau A

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

COOPER PHARMA

41, Rue Med DIOURI,
20 110 Casablanca
Pharmacien responsable :
Amina DAOUDI

CARDINOR®
CARVEDILOL

25 mg

Voie orale

Comprimés sécables 30x



COOPER PHARMA

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



6 118001 101337

Ne pas laisser à une température inférieure à 2°C, à l'abri de la lumière et l'humidité.
Ne pas laisser ni à la vue ni à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 °C بعيدا عن الضوء والرطوبة
يحفظ بعيدا عن مرمى ومناول الأطفال
يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال
لا يستعمل بعد انتهاء مدة الصلاحية المسجلة على العلبة



CARDINOR + GROSSESSE =
DANGER
كاردينور + الحمل = خطر

Ce médicament ne doit être pris pendant la grossesse qu'après avis médical.
لا يأخذ هذا الدواء أثناء الحمل إلا بعد استشارة طبية



25 ملغ

عن طريق الفم



كاردينور

كارفيديلول

قرصا قابلا للكسر 30x



LOT: KA84212
PER: 10-2021
PPV: 95,00DH

COOPER PHARMA

Composition :

Carvédilol 25 mg
Excipients qsp 1 comprimé sécable
Excipients à effet notoire : Lactose

التركيبية :
كارفيديلول 25 ملغ
السواغات الكمية اللازمة لكل قرص قابل للكسر
لائحة السواغات ذات أثر ملحوظ : اللاكتوز

جدول A (اللائحة I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

COOPER PHARMA

41, Rue Med DIOURI,
20 110 Casablanca
Pharmacien responsable :
Amina DAOUDI

CARDINOR®

CARVEDILOL

25 mg

Voie orale



Comprimés sécables 30x



COOPER PHARMA