

# 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.

## Educations :

- 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.

## Prothèses :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- Prendre en charge : pec@mupras.com
- Déclaration et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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- 0046624

ND = 30216

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : RAM.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD.

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : 13 Rue OURIKA. HAY SALAM. CASA.

Tél. : 06.61318652 Total des frais engagés : 539,60 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/2020

Nom et prénom du malade : Lazrak Saad Age :

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

Nature de la maladie : Hémodialyse 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 15.06.2020 Le : 15/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
15/6/2020		E		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	15/6/2020	639.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

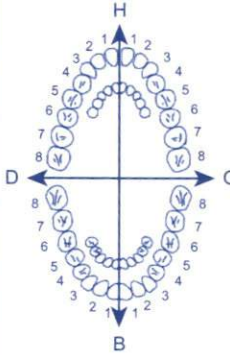
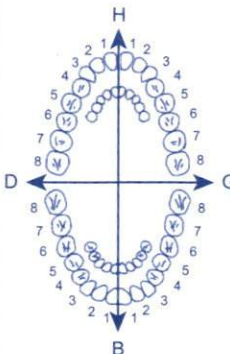
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODI

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



# 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

والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le 15/6/2020

Lazrak 50.00

61.60

Cela 1's 15 jour 15

226.00

Esae 10 191 jour

91.00

Coordination 2 141 jour

99.00

LS 10 191 jour

14.00

Arnica 1 191 jour

66.82

Flamazi 1 191 jour

37.20

Furthalmic 1 191 jour

639.60

Docteur KHADIJA WARTINI  
PHARMACIE AL OUMRANE  
LAHLA - DAR BOUKAZA  
Tel: 05 22 99 85 52 - 54  
OSM: 05 22 99 85 52 - 54

ARNICA GEL  
LOT: 10/2021  
EXP: OCTOBRE /2022  
PPC: 54.000H

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier, Casablanca

Tel. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr



کرنوبات الکالستوم  
حیاتیات لمحلل الشیخ - 20 قیسا

ع 1,54  
کالستوم<sup>®</sup>

من طریق الفم

61,60

LOT	19034
PER	DEC 23
PPY	61DH60



**ESAC<sup>®</sup>**  
ésoméprazole

**40**  
**mg**

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



NE 26,00

226,00





LOT : 200173

UT AV : 01/2023

PPV : 99,00DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV.:

عن طريق الفم  
20 ملغ

٩  
اللا-زور  
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

مدة استخدام  
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢  
زوال ٢٠٢٣

 COOPER  
PHARMA



6 118000 08223



كاردينور  
كارفیدیلول

LOT : KA92390  
PER : 06-2022  
PPV : 95,00DH

25

عن طريق الفم  
ملع



كار

ردینور  
كارفیدیلول

فرصا قابلا للكسر 30 x

مدة ١٢ صباح  
زوال ٢٢ مساء

COOPER  
PHARMA



فوسيتالميك 1% Fucithalmic® 1%

المسار العيني (بصري)

يجب عدم الإتياع  
يجب قراءة النشرة الطبية قبل الإستعمال  
يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول أيدي الأطفال

EPI titulaire de l'AMM au Maroc :  
POLYMEDIC  
Rue Amyot d'Inville - Quartier Arsalane  
Casablanca - Maroc  
Fabricant :  
LEO Laboratories Ltd.  
Cassell Road, Dublin 12, Ireland

غير مطبوع - احتري  
المرشحات الموسومة

مدة الحفظ بعد الفتح: ١٥ يوم

قائمة رقم ١ - بوصف طبية فقط

**Fucithalmic® 1%**  
Acide fusidique  
Gel ophtalmique

**%1 Fucithalmic®**  
محضر فوسيدي  
مرهم العين أنبوية من 3 جرام

Voie ophtalmique (oculaire).  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la  
vue des enfants.

Durée de conservation après  
ouverture : 15 jours.

Tube de 3 g

1%



**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  
محتوى الفوسيديك: 30 ملجم/3 جرام (3 جرام)  
المكونات:

كلوريد البنزالكونيوم، إديتات الصوديوم، دي-مانيتول، كاربومير  
(كاربومير 974 بي)، محلول هيدروكسيد الصوديوم، ماء للحقن،  
سواخلة تأثير بازر، كلوريد البنزالكونيوم  
لمزيد من المعلومات انظر النشرة المرفقة

1%

**Fucithalmic® 1%**

**Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC**  
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**Fucithalmic® 1% gel ophtalmique**

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20



Ne pas aviner - Respecter les  
doses prescrites

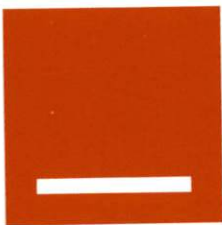
Liste 1 - Uniquement sur ordonnance





LOT / BATCH: 16030  
FAB / MFR: 11-2019  
EXP: 10-2022

PPV: 66,80 DH



**FLAMMAZINE<sup>®</sup>**  
**Crème**

**Sulfadiazine  
argentique**



50 g e