

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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'Horloge
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

N° P19- 0046618

ND: 41798

☒ 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, CASAB

Tél. : 06 61 31 86 52 Total des frais engagés : 1297,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/9/2020

Nom et prénom du malade : Lazrak Saad Age :

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

Nature de la maladie : Hémopathie 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 : CASAB Le 26/09/2020

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
26/9/2020		C ₂	C ₂	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Said BOUZINEB PHARMACIE DUMENIL LAHLALFA BOU KOUCH Tél: 022 - 98 - 52 - 54 GSM: 08 - 86 - 02 - 19	26/9/2020	1297,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

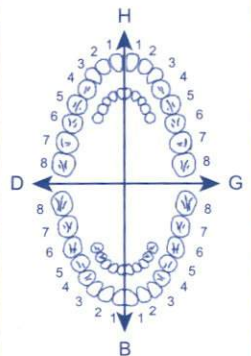
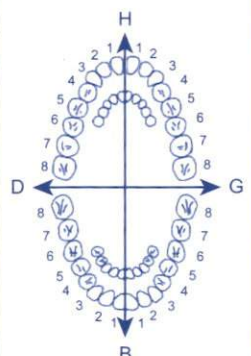
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

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

26/01/2020

13.10x3 = 39.30 L no Zak Soud

141 jour



141 jour



244.00

Fer 100

144.50



141 jour



30.70x2 = 61.40

Kor 100

75

141 jour



95.00x2 = 190.00

Cor 100

141 jour



61.60x3 = 184.80

Colu 100

141 jour



98.80x2 = 197.60

Amb 100

141 jour

Seed BOUZIANE WARTINI
PHARMACIE A OUMRANE
LAHLAL A BOJAZZA
Tél : 05 22 38 35 - 36 - 52 - 84
GSM : 06 36 02 19

1297.40 traitement de deux mois

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

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 : 200502

UT AV : 03/2023

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV :

10 ملغ
عن طريق الدم

٩
اللا-زور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA



6 118000 082217

LOT : 200502

UT AV : 03/2023

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV :

10 ملغ
عن طريق الفم

٩
اللا-زور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés


COOPER
PHARMA



6 118000 082217

كاردينور
كارفیدیلول

LOT: KA92391
PER: 06-2022
PPV: 95,00DH

عن طريق الفم
25 ملغ



كاردينور
كارفیدیلول

فرصا قابلا للكسر 30 x

مدة ٥ صباح - زوال ٥ مساء

COOPER

كاردينور
كارفیدیلول

LOT: KA92391
PER: 06-2022
PPV: 95,00DH

عن طريق الفم
25 ملغ



كاردينور
كارفیدیلول

فرصا قابلا للكسر 30x

مدة ٥ صباح - زوال ٥ مساء

COOPER

حشرات لمطلي للشرب - 20 كيسا
كريجات الكاكتوس

١,54 ج
حشرات

عن طريق الفم

61,60

LOT 20001
PER FEB 24
PPV 6 1DH60

حشرات لمطلي للشرب - 20 كيسا
كريجات الكاكتوس

١,54 ج
حشرات

عن طريق الفم

61,60

LOT 20001
PER FEB 24
PPV 6 1DH60

حشرات لمطلي للشرب - 20 كيسا
كريجات الكالسيوم

١,54 ج
٢
حشرات

عن طريق الفم

61,60

LOT 20001
PER FEB 24
PPV 6 1DH60

ESAC[®]

ésoméprazole

20
mg

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



144,50

Composition : ACETYSALICYLATE DE DL-LYSINE
135 mg (quantité correspondante en acide
acétysalicylique : 75 mg).

Indications : Ce médicament est préconisé dans le
traitement de certaines affections du cœur et des
vaisseaux.

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Verser le contenu du sachet dans un grand verre.
Ajouter de l'eau. Une dissolution totale est obtenue
rapidement.

**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.
LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE INTERIEURE
AVANT UTILISATION.**

Mises en garde spéciales : Réservé à l'adulte.

Ce médicament ne sera administré que sur
prescription médicale.

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

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

LOT : 20E010
PER.: 11 2021

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.

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Kardegic 75 mg, sac b 30
P.F.V : 30,70 DH



Poudre pour so
buvable
30 sachets-dose

KARDEGIC®
75mg



LOT DM0261

EXP 04.2022

CIP 03400934744198



KARDEGIC® + GROSSESSE
= INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرص

10 mg



AMLO 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 0 4 2 3

P.P.V.

0 6 8 9 0

LOT N° : 1 2 9 0 2 2

06,86

09366128/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرص

10 mg



AMLOZ 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 0 4 2 3

P.P.V.

0 6 8 9 0

LOT N° : 1 2 9 0 2 2

06,86

09366128/3

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول / ثيوكولشيكونيد

قرصا 20

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:10 2022

LOT : 19E008

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



P.P.V : 53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول / ثيوكوبشيكوزيد

قرصا 20

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:10 2022

LOT : 19E008

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



P.P.V : 53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول / ثيوكولشيكونيد

قرصا 20

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:10 2022

LOT : 19E008

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20



P.P.V : 53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT



Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

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
solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /

محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فئة 5 مل

MEDICE

244,00

MEDICE



Fermed® 100mg/5ml
complexe fer saccharose
5 ampoules de 5ml

