

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.

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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 - 8ème 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- 0046619

☒ 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
Tél. : 06 61 31 86 52 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26/12/2020
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 : 26/12/2020
Signature de l'adhérent(e) : 26/12/2020



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
26/12/2020	C2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/12/2020

1176,50

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

A M

P C

I M

I V

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 :

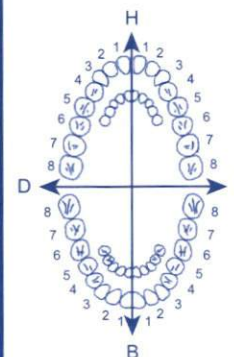
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

00000000 00000000
35533411 11433553

B

Coefficient
DES TRAVAUX

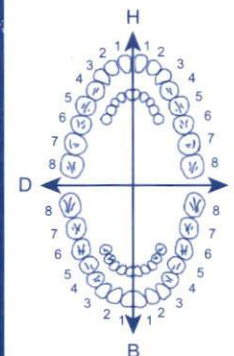
MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

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 L'EXECUTION

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا Centre de Nephrologie Hémodialyse 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

26/12/2020

Lazrak Sorod

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH



144,50

ESac 20

traitement de trois mois

141 jour



61,60x3

Adurida

141 jour

141 jour



Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
Kardegic 75 mg. sac b 30
P.P.V : 30,70 DH



95,00x3

Corstior 2r

141 jour



30,70x3

Kor Jafic 7r

141 jour



57,80x3

Lbw or 10

141 jour



98,90x3

Amla 10

141 jour



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SIDI KHALIL
15-16 Rue Kergourat Résidence Anbar
Casablanca - Tél. 05 22 38 35 36 - 05 22 99 49 93

Docteur HACHIM Khadija
Professeur de Néphrologie - Hémodialyse
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

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

ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



144,50

LÔT 2011
PER 02/22
PPV 1440150

LOT : 201050
UT AV: 07/2023
PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV:

10 ملغ
عن طريق الفم

١
لـ زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة
صباح
زوال
مساء


COOPER
PHARMA



LOT : 201050
UT AV: 07/2023
PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV :

10 ملغ
عن طريق الفم

١
لـ نـ و ر
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة
صباح
زوال
مساء


COOPER
PHARMA



LOT : 201050
UT AV: 07/2023
PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV :

10 ملغ
عن طريق الفم

١
لـ نـ و ر
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة
صباح
زوال
مساء


COOPER
PHARMA



LOT : 201294

UT AV : 09/2023

PPV : 95,00DH

25 mg
من طريق الفم

كاردينور
كاردينور



30 x

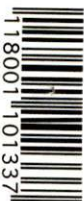


قرصا قابلا للكسر

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6



118001101337

طريقة استعمال
قرصا قابلا للكسر

COOPER
PHARMA

LOT : 201294

UT AV : 09/2023

PPV : 95,00DH

25 mg
من طريق الفم



كاردينور
كاردينور

30 x

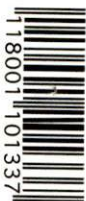


قرصا قابلا للكسر

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6



118001101337

طريقة استعمال
قرصا قابلا للكسر

COOPER
PHARMA

LOT : 201294

UT AV : 09/2023

PPV : 95,00DH

25
مغ
من طريق الفم



كاردينور
كارفيميدول

30 x

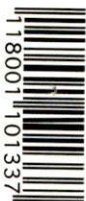


قرصا قابلا للكسر

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6



مدة العلاج ٥ زوال ٥ مساء



COOPER
PHARMA

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرص

10 mg



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

06/86

09366128/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرص

10 mg



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° :

06/86

09366128/3

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرص

10 mg



AMLOT 10 mg
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.P.V.

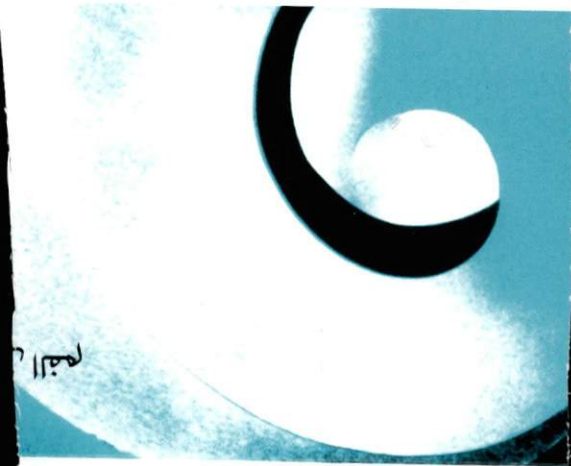
LOT N° :

06/86

09366128/3

جرائد المحلل للشباب - 20 قيسا
كرويات الكالسيوم

ع 1,54 كاسيتا



الفم

61,60

ULT	20023
PER	JUL 24
PPV	61DH60

جرائد المحلل للشباب - 20 قيسا
كرويات الكالسيوم

ع 1,54 كاسيتا



الفم

61,60

ULT	20023
PER	JUL 24
PPV	61DH60

جرائد المحلل للشباب - 20 قيسا
كرويات الكالسيوم

ع 1,54 كاسيتا



الفم

61,60

ULT 211023
PER JUL 24
PPV 61DH60

كاردينور[®]
كارفيديلول

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

عن طريق الفم
25 ملغ



كاردينور[®]
كارفيديلول

30 x  قرصا قابلا للكسر

مدة ١٤ صباح ☀ زوال ١٢ مساء

 COOPER
PHARMA