

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de prothèses.

- 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 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.

- Le suivi post-après soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie 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
- Reclamation : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle s'engage à respecter 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.

Siège social : 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° M21- 0056143

☒ 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 : 24.04.52

Adresse : Rue KERGOMAR Résidence ANBAR

Apart n°9 AIN D'AR CASABLANCA

Tél. : 06.61318652 Total des frais engagés : DH 863,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/8/2021

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD

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

Nature de la maladie : Insuffisance rénale

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 : Casa - le 18/08/21

Signature de l'adhérent(e) : Le : 18/08/21

Autorisation CNDP 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
18/08/2021		C2		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE</p> <p>SKIREDI Roukda</p> <p>15-16 Rue Kermoussa - Bab el Bhar</p> <p>Casablanca - Tel: 0522 79 79 01</p>	18/08/21	863,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

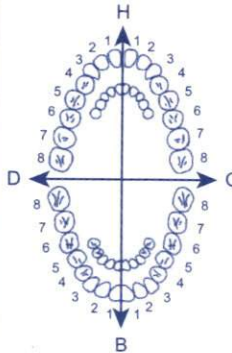
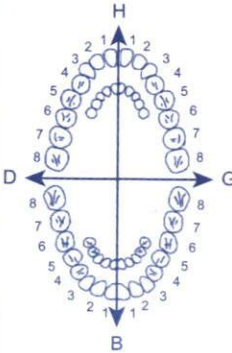
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 18/01/2021

Lazrak Samir

LOT : 21E03
PER : 12/2022

KARDEGIC 75MG

SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

5780x2

LD Norclon 141 jour n2

6160x3

Celudra 141 jour n3

9510x2

Cardinor 2mg 141 jour n2

14450x1

Esac 20 141 jour

9890x2

Amig 10 141 jour n2

3070

Korlefer 151 jour

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukia
15-16 Rue Kergommar Résidence Anbar
Casablanca - Tel: 0522 79 79 01

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukia
15-16 Rue Kergommar Résidence Anbar
Casablanca - Tel: 0522 79 79 01

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

09 H 012 A 11

ريق الفم

Ⓜ

كالسيدا 54,

كربونات الكالسيوم

حبيبات لمحلل للشراب - 20 كيسا

LOT : 210059

UT AV : 01/2024

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

10 ملغ

عن طريق الفم

م

لد-نور

أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x

LD-N

30 cor



مدة 24 ساعة
صباح
زوال
مساء

COOPER
PHARMA

LOT : 200996

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH) :

10 ملغ

عن طريق الفم

مدة ٢ صبح ٢ زوال ٢ مساء

م

لد-نور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x

COOPER
PHARMA

LD-NO
30 con
6 1180

LOT : 210049
UT AV: 01/2024
PPV : 95,00DH

25 ملغ
عن طريق الفم



كاردينور
كارديو بيسكول

30x



قرصا قابلا للكسر

مدة 4 أسابيع
زوال ٢ مساء

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6 118001 101337



COOPER
PHARMA

ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



LOT : 210051
UT AV: 01/2024
PPV : 95,00DH

25
مغ
عن طريق الدم



كاردينور
كاردسيميلاول

30x



قرصا قابلا للكسر

مدة 4 ساعة صباح ٥ زوال ٥ مساء

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6 118001 101337

COOPER
PHARMA

کتابیات الکتابیات
کتابیات الکتابیات - 20 کتابیات
کتابیات الکتابیات

کتابیات

1,54

②



کتابیات

21002
JAN 25
61DH60

09366128/3

LOT N° :

UT.AV :

P.P.V.

AMlor 10 mg 
28 COMPRIMÉS



أملور
أملوديبين 

10 mg

28 قرصا

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

09366128/3

LOT N° :

UT.AV :

P.P.V.

AMlor 10 mg ○
28 COMPRIMÉS



أملور
أملوديبين

10 mg

28 قرصا

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

کتابیات الکلاسیکات
جسٹس لٹریچر - 20

1,54 کتابیات

لٹریچر

21002
JAN 25
610H60