

# 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.

## Education :

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

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 nécessaire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le dossier-après soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Autre 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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le présent document est émis dans le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

Appart n°9. AIN DIAB CASABLANCA

Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : DH 863,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.08.2021

Nom et prénom du malade : Lazrak Saad

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

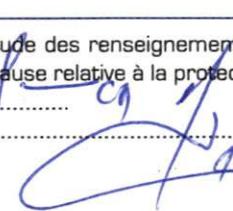
Nature de la maladie : Insuffisance cardiaque

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 18.08.2021

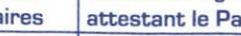
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 18.08.2021



Age: 69

## RELEVE 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
13/01/2021	C <sub>2</sub>	0,00		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIRED J. Rouquia 16 Rue Kergoza - BP 1000 - Imbar Gatubulanca - Tel 0522 79 79 01	18/08/21	863,40

## ANALYSES - RADIographies

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (3-6), lower left (5-8), and lower right (7-10). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom right.

#### **[Création, remont, adjonction]**

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																					
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		11433553		G		B			
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D																							
00000000																							
35533411																							
11433553																							
G																							
B																							
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DATE DU DEVIS																			
				DATE DE L'EXECUTION																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# مركز الكلية الاصطناعية 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 الاصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

18/01/2021

Laa2rak Soud

LOT : 210603  
PER : 12/12/2022

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70



57,80 + 2  
LD Norctomy 141 jour N2



61,60 + 3  
Cedaxia 14 jour N3



451,00 + 2  
Cordiolor 2mg 141 jour N2



114,50 + 1  
Esa 20 141 jour



98,90 + 2  
Amfri 10 141 jour N2



30,70  
Korstafix



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDJ Roukizia  
15-16 Rue Kergoraar 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

863,40

حريق الفم



®,  
كالسيوم  
كربونات الكالسيوم  
حبوب ل محلل للشراب - 20 كيساً

# لـ-نور®

أفورفاستاتين

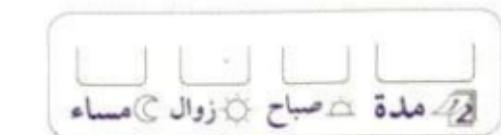
قرصا ملبيسا

30 x

LD-N

30 co

COOPER  
PHARMA



10 ملغ

عن طريق الفم

®

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

LOT : 210059  
UT AV : 01/2024  
PPV : 57,80 DH

LOT : 200996

UT AV : 09/2023

PPV : 57,80DH

UT.AV:

LOT N°:

PPV (DH):

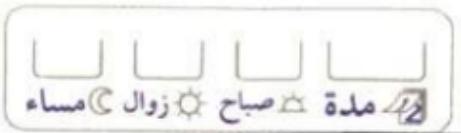
10 ملخ  
عن طريق الفم

®

لد - نور  
أنتورقاستاتين

قرصا ملسا

30 x



COOPER  
PHARMA

LD-NC

30 con



6 1180

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



كardinor®

كاردينور

25 مل

من طریق الفم



30x



قرصاً قابلاً للكسر

LOT : 210049  
UT AV : 01/2024  
PPV : 95,000DH



COOPER  
PHARMA

# ESAC® 20

ésoméprazole mg

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



6 118001 101337

كardinor

كاردينور

مع  
من طريق الفم



30x

قرصاً قابلاً للكسر

LOT : 210051  
UT AV : 01/2024  
PPV : 95,000DH

مساء زوال صباح مدة



COOPER  
PHARMA

לִשְׁגָג 20 - הַיּוֹנָה גְּדוּלָה כְּרִתְתָּה

פְּנִימִים כְּרִתְתָּה

# 1,54 הַיּוֹנָה גְּדוּלָה

④



לִשְׁגָג

ECT 21002  
FEB JAN 25  
1961 610H60

09366128/3

LOT N° :

9 8 9 0

P.P.V.

UT.AV :

**AMlor** 10 mg  
28 COMPRIMÉS



6 118000 250555

أَمْلُور  
أملوديپين

10 mg

28 قرصا

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

09366128/3

LOT N° :

P.P.V.

UT.AV :

**AMlor** 10 mg   
28 COMPRIMÉS



6 118000 250555

أَمْلَوْر  
أَمْلُودِيَّين

10 mg

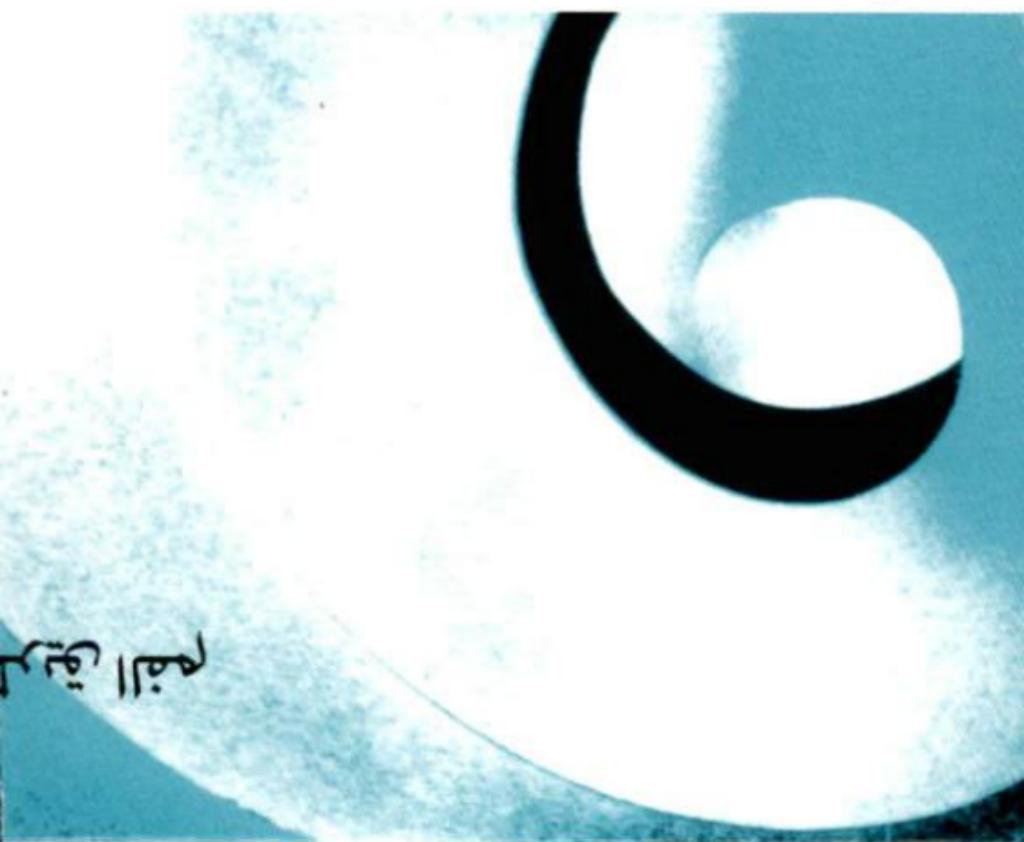
28 قرصاً

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

לטיג 20 - תִּלְגָּגָה גִּבְעָה בְּרִיתָה  
פְּנִים וְחַוְתָּם חַבְבָּה

# 1,54 רְדָאָתִים

ר



לטיג 21002  
פְּנִים JAN 25  
וְחַבְבָּה 61DH60