

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.

Education :

- 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.

Prothèse :

- 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
- En charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc 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° M21- 0059023

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : R.A.M. 94385
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAZRAK SAAD
Date de naissance : 24.04.53
Adresse : Rue KERGOMAR Residence ANBAR Imm 3
Appartement N°9 AIN DIAB CASABLANCA
Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 1327,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 11/12/2021
Nom et prénom du malade : Lazrak Saad Age :
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 : 11/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
11/12/2021		2	1327,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDLABDERRAHMANE SKIREDA Moukia 15-16 Rue Kergonner Résidence Anbar Casablanca - Tel 0522 79 79 01	01/12/2021	1327,50

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				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'OD

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

D	H	G	B	
	25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 : 000 1807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتصفية الإصطناعية
أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا



Casablanca, le

11-12-2021



Lao zra k Savad

3x3

Kordegic 75 14/1 jour N°3

61,60 x 5

Aludia 14/1 jour N°5

95,00 x 3

Cordinor 14/1 jour N°3

98,90

Amlor 10 14/1 jour N°4

75,20 x 3 ou Amlor 10

57,8 x 3 Lb Nor 10 14/1 jour N°3

144,50

Esac 20 14/1 jour

1327,50

Traitement de très mde

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE

Tél : 05 22 28 38 39 / 05 22 99 49 92 - Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

کتابخانه ملی افغانستان - 20 کتس
کتابخانه ملی افغانستان

کتابخانه ملی افغانستان

57, 79

طریق الفم

L L T 2 1 0 9 9
I F R A V R 2 5
F F V 6 1 0 H 6 0

کتابخانه ملی افغانستان - 20 کتس
کتابخانه ملی افغانستان

کتابخانه ملی افغانستان

57, 79

طریق الفم

L L T 2 1 0 9 9
I F R A V R 2 5
F F V 6 1 0 H 6 0

کتابخانه ملی افغانستان - 20 کتب
کتابخانه ملی افغانستان

کتابخانه ملی افغانستان

57

طریق الفم

L L T 2 1 0 9 9
I F R A V R 2 5
F F V 6 1 0 H 6 0

کتابخانه ملی افغانستان - 20 کتس
کتابخانه ملی افغانستان

کتابخانه ملی افغانستان

57, 79

طریق الفم

L L T 2 1 0 9 9
I F R A V R 2 5
F F V 6 1 0 H 6 0

کتابخانه ملی افغانستان - 20 کتس
کتابخانه ملی افغانستان

کتابخانه ملی افغانستان

57

طریق الفم

L L T 2 1 0 0 9
I F R A V R 2 5
F F V 6 1 0 H 6 0

LOT : 210053
UT AV : 01/2024
PPV : 95,00DH

25
من طريق الفم

كاردينور
كارفيميدول



30 x

قرصا قابلا للكسر

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



مدة صلاحية
تاريخ انتهاء
تاريخ الصلاحية
تاريخ الصلاحية


COOPER
PHARMA

LOT : 210053
UT AV : 01/2024
PPV : 95,00DH

25
مغ
من طريق الفم

كاردينور
كارفيميدول



30 x

قرصا قابلا للكسر

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



مدة تناول الدواء

 COOPER
PHARMA

LOT : 210053
UT AV : 01/2024
PPV : 95,00DH

25
مغ
من طريق الفم

كاردينور
كارفيميدول



30 x

قرصا قابلا للكسر

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



مدة تناول الدواء

 COOPER
PHARMA

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV. :

10 ملغ
عن طريق الفم

٩
للا-زور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 X 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

 COOPER
PHARMA

6 118000 082217



مدة ٢٨
صباح
زوال آلام

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV. :

10 ملغ
عن طريق الفم

٩
للا-زور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 X 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

 COOPER
PHARMA

6 118000 082217



٢٨
مدة
٢٨
صباح
زوال
مساء

LOT : 210735

EXP : 04/2024

PPV : 57,80DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT, AV. :

10 ملغ
عن طريق الفم

٩
للا-زور
أتورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 X 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

 COOPER
PHARMA

6 118000 082217



مدة ٢٨
٢٨ صبح
زوال ٢٨ مساء

ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



LOT 20461
PER 04/23
PRV 144DH50

144,50



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرص

10 mg



AMLO 10 mg
28 COMPRIMES

UT.AV : 5 2 8

P.P.V.

LOT N° : F F 0 9 7

98,00

09366128/3