

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.

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 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

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.

Déclaration de Maladie

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

M22- 0053989

☒ 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 : Rue KERCOMARD Résidence Amhar - Imm 3
 Appartement 9 AIN DIAB CAS 7
 Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 1244,40 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sofia BOUGRINE
Centre de Dialyse Al Hana
Tél.: 05 22 39 33 88

Date de consultation : 6/3/2023
 Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hémodialyse chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 06/03/23
 Signature de l'adhérent(e) :

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
6/3/2023	CS		Ca	

Dr Sofia BOUGRINE
Centre de Dialyse Al Hana
Tél: 05 22 39 33 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Fourmisseur Date Montant de la Facture

06/03/23

1244,40

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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

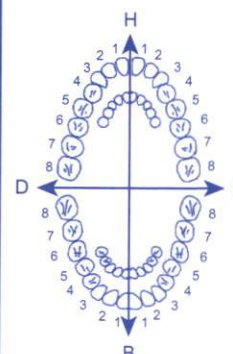
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

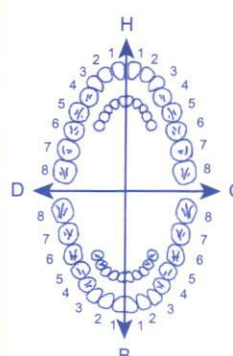
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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 L'EXECUTION



مركز نصفية الكلي الهذا
دكتورة بوكرين صوفيا

Dr. Laysan

74.5 x 2

unafg 0,25

5.1

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREL Roukia
15-16 Rue Kergoma Residence Anbar
Casablanca - Tél 0522 75 75 01

321.0° 0-0-

- Polymerische

2 Novor v

170 0-0-2

А мэр 5 у

107, Tex 25 - 0

(Handwritten notes on a blue-lined notebook page)

02 79 79 19 19

1/2 - 0 - 0

Tél: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhcasablanca@gmail.com
ICE: 001777538000037 IF: 14499817 CNSS: 9807796 INPE: 090061656

- benzoyl c 75

0-2-0



LOT: 22E009
PER: 09 2024

KARDECIG 75MG
SACHETS 830

P.P.U.: 300K70



3070 x 1

m ste 3mm

~~Tⁿ 1244,40~~

Dr. SOHA BOUGRIV
Centre de Diagnostic
Tél: 05 37 39 33 83

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE
SKIREDJ Roukha
15 - 16 Rue Keigomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tél. 022 79 79 01



Un-alfa® 0,25 µg*
Alfacalcidol
30 capsules orales
*microgramme

Composition:
Alfacalcidol : 0,25 microgramme pour une capsule blanche.
Excipient à effet notoire :
huile de sésame.
Consulter la notice pour toute information complémentaire.

المكونات
ألفا كالسيتول 0.25 ميكروغرام لحبة بيضاء اللون
سوانجات لها تأثير بارز:
زيت السمسم
لمزيد من المعلومات انظر النشرة المرفقة



Titulaire de l'AMM au
Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsallane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

070526

09 DH 60
01 2024
C78719

PPV:
EXP:
Lot:

Un-alfa® 0,25 µg*

Alfacalcidol

30 capsules orales

*microgramme

Composition:

Alfacalcidol : 0,25 microgramme pour une capsule blanche.

Excipient à effet notoire :

huile de sésame.

Consulter la notice pour toute information complémentaire.

المكونات
ألفا كالسيدول 0.25 ميكروغرام لحبة بيضاء اللون
سواغات لها تأثير بارز
زيت السمسم
لمزيد من المعلومات أنظر النشرة المرفقة



Titulaire de l'AMM au
Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

070526

74 DH 60

01 2024

C78719

Lot:

EXP:

PPV:

ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



L01 22006
PER 05/24
PPV 144D1150



24, 75



AMEP[®]

amlodipine

5 mg
Voie Orale
Oral Route

Comprimés / Tablets

56 x

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE DURATION	MATIN MORN.	MIDI NOON	SOIR EVEN.


COOPER
PHARMA

LOT : 211395

EXP : 09/2024

PPV : 95,00DH

25 mg
عن طريق الفم



كاردينور
عسار فوسفات

30 x

قرصا قابلا للكسر

مدة صلاحية
تاريخ انتهاء
تاريخ الصلاحية

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6 118001 101337

 COOPER
PHARMA

1000 mg

Calcium

Calcit[®] 1000



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70



LOT 1060466
EXP JUN 2024

1000 mg

Calcium
cit 1000®



LOT 1060466
EXP JUN 2024



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAÜ 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

LOT : 221591
EXP : 12/2025
PPV : 99.00DH

20 ملغ
عن طريق الفم

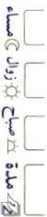
٣
اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

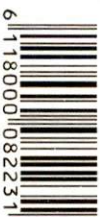
30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés




COOPER
PHARMA



LOT : 221591

EXP : 12/2025

PPV : 99,00DH

20 ملغ
عن طريق الفم

٥
للا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

مدة ١٢ ساعة
١٢ صباح
زوال ١٢ مساء


COOPER
PHARMA

6 118000 082231

te®
nate de sodium



suspension orale et rectale

cuillère-mesure de 15 g

SANOOFI

Titulaire d'AMM / Détenteur DE /

صاحب مقرر التسجيل / الشركة الرخامة رخصة التسويق

sanoofi-aventis France

82, avenue Raspail

94250 Gentilly - France

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste II

دواء يُصرف بناءً على وصفة طبية - قائمة II

Maphar

Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Kayexalate 454g 1F

P.P.V : 321,00 DH



6 118001 181476

Composition :

Polystyrène sulfonate de sodium 453,70036 g

Excipients : vanilline, saccharine, pour une boîte de 454 g (30 cuillères-mesure)

Excipient à effet notoire : sodium (teneur élevée). Voir la notice pour plus d'information.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C, à l'abri de l'humidité.

À conserver maximum 2 mois après la première ouverture.

Ⓢ كايكسالات

بوليستيرين سلفونات الصوديوم

مسحوق لتخثير مستحلب دهني وكثيري

- غلبة من 454 غ مع ملقحة قياس من 15 غ

Ⓢ التركيب

بوليستيرين سلفونات الصوديوم 453,70036 غ

الروائح: فانيلين وسكرين ليلية من 454 غ (30 ملقحة قياس).

Ⓢ السواغ ذو التأثير الملحوم، صوديوم (نسبة عالية) - يُرجى مراجعة النشرة للمزيد من المعلومات.

يُرجى قراءة النشرة الدوائية بدقة قبل الاستعمال.

يُحفظ بعيداً عن نظر ومناول الأطفال.

يُحفظ في حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية، بعيداً عن الرطوبة.

يُحفظ لمدة 2 شهرين كحد أقصى بعد الفتح الأول.

N° D.E. : 16/98/14D022/255

