

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 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.
- La 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 46



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 062410

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAZRAK SAAD. / 61020
 Date de naissance : 24.04.1953
 Adresse : Rue KERGOMARD Résidence AMBAR
 Imm 3. App. 9 AIN DIAB CASABLANCA
 Tél. : 06.61.31.86.52 Total des frais engagés : 977,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/23
 Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : IRC
 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 : 15/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/5/2023 | C5 | 1 | 977,50 | Dr. Sofia BOUGRINE Centre de Dialyse Al Hana Tél : 05 22 39 33 88 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/05/23

977,50

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

AM

PC

IM

IV

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 :

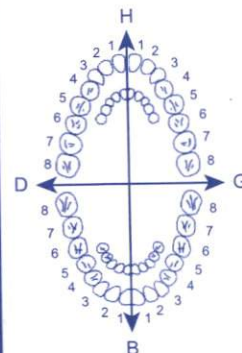
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

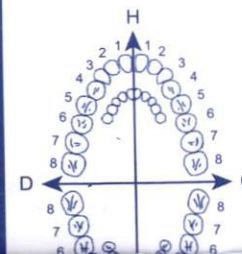
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le: 15/05/2023

M^r Bougrine Soud

- 1)- ESAC 20 mg (1 boîte)
144,1 1-0-0
- 2)- CARDINOR 25 mg (1 boîte)
88,10 1-0-0
- 3)- LD-NOR 10 mg (2 boîtes)
5780x2 0-0-1
- 4)- KARDEGIC 75 mg (2 boîtes)
3070x2 0-1-0
- 5)- CECIT 1000 (2 boîtes)
10770x2 0-1-0
- 6)- AMEP 5 mg (2 boîtes)
97,70x2 0-0-1
- 7)- UM-AZFA 0,25 (1 boîte)
74,5 0-1-0
- 8)- COTIPRED 20 mg (1 boîte)
48,0 2-0-0
- 9)- BRONCHOKOJ (1 boîte)
42,6 1-0-0



LOT: 1175
PER: 12/25
PPV: 42,60DH

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

10, Rue Sigelmassa Hay El hanaa - Casablanca

Tel: 05 22 39 33 88 - Fax: 05 22 39 26 43 - E-mail: cdhecasablanca@gmail.com

ICE: 001777538000037 IF: 14499817 CNSS: 9807796 INPE: 090061656

LOT : 230053

EXP : 01/2026

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x



LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



مدة ١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة



COOPER
PHARMA

6 118000 082217



LOT : 230053
EXP : 01/2026
PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الدم

اللازور

أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

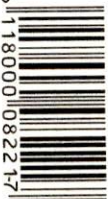
LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة ٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة
٢٤ ساعة


COOPER
PHARMA

6 118000 0822 17



1000 mg

Calcium

Calcit® 1000



LOT 1060466
EXP JUN 2024



6 118001 040049

Fabricant :

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

1000 mg

Calcium
Facit[®] 1000



LOT 2110051
EXP 11 2025



6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

LOT 221040
EXP 07/2025
PPV 97.70DH

5 ملغ
عن طريق الفم

أ. أطوردينين

قرصا 56x

مدة العلاج
التي زوال

AMEP® 5mg

56 comprimés

6 118000 081777

COOPER
PHARMA

LOT 221040

EXP 07/2025

PPV 97.70DH

5 ملغ
عن طريق الفم

أ. أطوردين

قرصا 56x

مدة العلاج
التي زوال

AMEP® 5mg

56 comprimés

6 118000 081777

COOPER
PHARMA

LOT : 221189
EXP : 08/2025
PP

COOPER PHARMA

PPV : 88,10 DH

25
مجلس
العلماء

30x



قرصاً قابلاً للكسر

۵ رذیلول

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables



6 "118001"101337

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| مدة | ١٥ صباح | ١٥ زوال | ١٥ مساء | |

COOPER
PHARMA

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 Arsiane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

070526

02 2024
74 DH 60

Lot:
EXP:
PPV:

Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescent
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescent
sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

كوتبرد®

بردنزلون

(ميتاسلفوبينزوات صوديوم)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métsulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PP7: 40DH00

PER: 02/26

LOT: M717

b

bottly s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Elachouchi - Pharmacien responsable

ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

28 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



144,50

20 9
PFR 08724
P.F.V. 1430H5

