

# 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 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

### M22- 0053990

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4810 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 26.04.53

Adresse : Rue KERBOMARD. Résidence AMBAR.  
Imm 3. Appartement 9. AIN DIAB. CASA.

Tél. : 06 61 31 86 52 Total des frais engagés : 839,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sofia BOUGRINE  
Centre de Dialyse Al Hana

Date de consultation : 4/3/2024

Nom et prénom du malade : Lazrak Saad Age : 71

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 : 06 MAR. 2024

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 4 / 03 / 2024



# 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
4-3-2024	CS			Dr. Sofia BOUGRINA Centre de Dialyse Al Hana Tél.: 05 22 39 33 88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SQUAD J Roukia 15, Avenue Kerguelen Résidence 1501 Tél.: 05 22 39 33 88	04/03/24	839,30

# 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 :

Veillez 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 : <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le: 04/03/2024

MR. Lazrak Saad

88,10

1) Cardinol 25

$\frac{1}{2}$  - 0 - 0

5780

2) LD Nor 10

0 - 0 - 1

3070

3) Kardegic 75

0 - 1 - 0

9890

4) Ambol 10

0 - 0 - 0

10070

5) Cacit 1000

0 - 1 - 0

7460

6) En alfa 0,25

14 + 3

14450

7) Esac 20

244,4

8) Fei 100

839,30

10, Rue Sigelmassa Hay El hanaa - Casablanca

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

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

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
P.P.V.: 300H70  
LOT: 23E010  
PER: 30-2023  
6 118000 061847

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIRATI Roukia  
15 - 16, Rue Kergomar  
résidence Ambar - Casablanca  
Tél: 022 79 79 01

Dr. Bougrine Sofia  
Centre de Dialyse AL Hana  
Tél: 05 22 39 33 88



# FerMed® 100 mg/5 ml <sup>®</sup> فيرميد

Solution pour injection /  
Solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /  
محلول للتخفيف من أجل التسريب

Complexe fer saccharose

مركب الحديد و السكروز

A utiliser par voie intraveineuse.  
Lire la notice avant utilisation.

يستخدم عن طريق الوريد  
اقرأ النشرة قبل الإستعمال

Solution pour injection ou  
solution à diluer pour perfusion.

محلول للحقن /  
محلول للتخفيف من أجل التسريب

5 ampoules de 5 ml.

5 أمبولات من فئة 5 مل



4 250142 198875

Fermed® 100mg/5ml  
complexe fer saccharose  
5 ampoules de 5ml



6 118001 360031

P.P.V: 244,00DH

LOT : 231510

EXP : 10/2026

PPV : 57,80DH

# 10

## عن طريق الفم

٦  
الانوار  
أنورفاستاتين

قوله ما

30 x 

مدة صباح زوال ☀ مساء

COOPER

LD-NOR

30 comp



# Cacit<sup>®</sup> 1000

Calcium



Titulaire

Theramex Ireland Limited

3rd Floor, Kilmore House, Park Lane

Spencer Dock

Dublin 1 D01YE64 Irlande

Exploitant

Theramex France

Tour Atlantique, 1 place de la Pyramide

92911 Paris La Défense Cedex

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 100 DH 70

LOT 3101419

EXP 10 2026

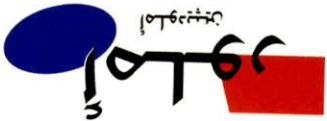


ولفلا لوصفة طبية خاصة - 1  
Liste I - Uniquement sur ordonnance

احترام النماذج الموصوفة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

28 قرصا

10 مجم



AMLODIPINE 10 mg  
28 COMPRIMÉS

UT.AV : 0 8 2 6

P.P.V. :

LOT N° : H L 0 8 2 7

0 6 8 9

P10002695

LOT : 231501

EXP : 10/2026

PPV : 88,10DH

25  
من طريق الفم



30 x



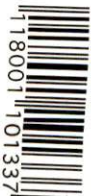
قرصا قابلا للكسر

كاردينور  
كارفيمينيول

CARDINOR® 25 mg

30 comprimés sécables

6



مدة ٢٤ ساعة  
زوال ٢٤ ساعة



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 كالكيدول 0.25 ميكروجرام لحبة بيضاء اللون  
سواغات لها تأثير بارز:  
زيت السمسم  
لهزيل من المعلولات أنظر النشرة المرفقة



Titulaire de l'AMM au  
Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsiane-Rue Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC

070526

Lot: C90374

EXP: 07 2024

PPV: 74 DH 60

# ESAC<sup>®</sup> 20 mg

ésoméprazole

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



144 5006  
6725  
1440150

144,50