

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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**

M23- N° 0033696

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4822

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : Rue KER GOMARD, Rd duce Ambar Imm 3 Appart 5  
A.N DIAB. CASA BLANCA

Tél. :

Total des frais engagés : 36730 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Sofia BOUGRINE**  
Centre de Dialyse AL HANA  
Tél. : 05 22 20 45 45  
Centre de Dialyse AL HANA  
Tél. : 05 22 20 45 45

Date de consultation : 22.04.24

Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD

Age : 71 ans

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 : 22.04.24

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 22/04/2024      | C.S.              |                       | Gratuit                         |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                     | Date       | Montant de la Facture |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| <p>Dr. SIDI ABDERRAHMANE<br/> <b>SHIREDI Roukia</b><br/> 15-16, Rue Kergomard<br/> Résidence Ambar - Casablanca<br/> Tél. 022 79 79 01</p> | 22/04/2024 | 367,30                |
|                                                                                                                                            |            |                       |
|                                                                                                                                            |            |                       |
|                                                                                                                                            |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

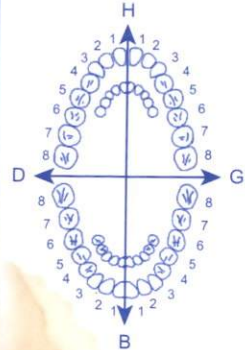
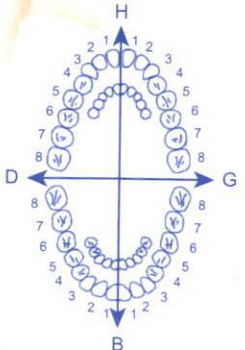
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Nature des Soins | Coefficient |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 25533412                                                                              | 21433552                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| D                                                                                     | G                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 00000000                                                                              | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| 35533411                                                                              | 11433553                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
| B                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |             |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                                                                       |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le: 22/11/24

Dr Lazrak Saad

129,30

1) Augmentin



1 - 0 - 1  
18,70

2) Doligrin



60,80 1 - 0 - 1



3) celhalmergel

100,70

4) - ceel 4000  
0 - 1 - 0



18/11

un alg 0125

57,80

57,80 - 0 - 1  
T 050125

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

SV

SV

SV  
Tel : 05 22 39 83 88

367,30

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

PHARACIE SIDI ABDE

# تورفا 10<sup>®</sup>

أتورفاستاتين 10 ملغ

LOT : 1121

PER : 10/25

PPV : 57.80 DH

TORVA<sup>®</sup> 10 10 mg ○

30 Comprimés Pelliculés



6 118000 140702

قرصا 30  
مغلّفا

عن طريق الفم



# دولي غريب®

بارا صيطامول - فيتامين س - مليات الغينيرامين

ملغ 25/200/500



نزلات البرد

زكام

إلتهاب الأنف

إلتهاب الأنف والحنجرة



للكبار

8 أكياس - حبيبات  
لتحضير محلول للشرب

PPV:18DH70  
PER:12/26  
LOT:M4400



1000 mg

Facit<sup>®</sup> 1000  
Calcium



LOT 3101419  
EXP 10 2026



6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAU 38 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA

PPV : 100 DH



# ULTRA-LEVURE®

*Saccharomyces boulardii* **CNCM 1-745®**

## MÉDICAMENT PROBIOTIQUE



**20** GÉULES  
250mg

BIOCODEX  
MAROC

Lot :  
مجموعة:

Fab :  
صنع:

EXP :  
صالح لغاية:

1256

BIOCODEX MAROC

02 2023

ULTRA-LEVURE® 250 mg

02 2026

Boîte de 20 gélules

PPV 60.80 DH



PPV: 129,30 DH

LOT: 652168

PER: 07/25

# AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

gsk

500mg/62,50mg  
Comprimé

ADULTE

أوغمنتان  
500 ملغ / 62,50 ملغ

أموكسيسيلين / حمض الكلوكولانيك  
التراس ملبسة

32 Comprimés  
Pelliculés

32 قرص ملبس



جرعة واحدة = قرصين = 1 غ

1Prise = 2Comprimés = 1g

عن طريق الفم

Voie Orale