

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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

N° P19-

068085

ND-34225

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHIDY AMED

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse :

Tél. : 0661258027 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/6/22	1853,60

[illegible]

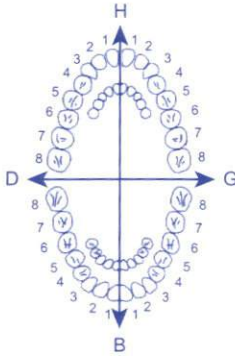
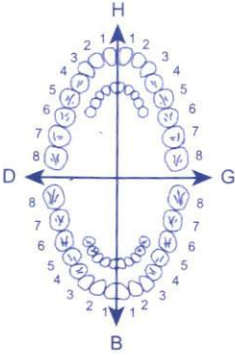
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE EL LOTF

MME BENJELLOUN

313 BD OUED TENSIFT EL OULFA CASABLANCA  
CASA

Taxe Profes. N°: 3600411

N° R.C. : 230302

N° ID.F. : 51506145

N° CNSS : 2110542

Tel : 0522910023

Fax :

MR ZAHIDY AHMED

L.C.E. :

N° ICE 001619057000063

Le : 16/06/2020

FACTURE N°:

1130/20

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	COSOPT COLLYRE	164.20	492.60
4	TRAVATAN 40UG COLLYRE	230.00	920.00
3	THEALOSE COLLYRE	147.00	441.00

TVA 7%: 92.41

TVA 20 73.50

Total : 1 853,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE HUIT CENT CINQUANTE TROIS DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

INF  
092025014

PHARMACIE EL LOTF  
MME BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tél: 02291.00.23



☒ **valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/></b>	
<b>(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)</b>	
<b>Je soussigné :</b>	544, boulevard panoramique, californie, casablanca, maroc
<b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b>	E. A. H. D. y. Ahmed
<b>Présente</b>	Glaucome
<b>Nécessitant un traitement d'une durée de :</b>	Longue durée
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	OUI (3 Cosopt ; 4 Travatan ; 3 Thealase)
<b>(à défaut noter le traitement prescrit)</b>	

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**PHARMACIE EL LOTF**  
M. BENABDELLAH NEAMA  
313, Bd. O. T. T. El Oulfa  
Casablanca, Tél: 022.91.06.22



**TRAVATAN®**

40 microgrammes/ml

collyre en solution

2,5 ml

**Alcon®**

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151

Numéro de la DE en Algérie : 05/17 C 139/028

Numéro d'A.M.M. en Tunisie : 1903051

Numéro d'A.M.M. au Maroc : 54/13 DMP/21/NCV

بالخط رقم رقم مقرر التسجيل: 05/17 C 139/028

رقم ترخيص التسجيل بتونس: 1903051

رقم ترخيص التسجيل بالبحر: 54/13 DMP/21/NCV

© 2013 Alcon, Inc.



**TRAVATAN®**

40 microgrammes/ml

collyre en solution

2,5 ml

**Alcon®**

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151

Numéro de la DE en Algérie : 05/17 C 139/028

Numéro d'A.M.M. en Tunisie : 1903051

Numéro d'A.M.M. au Maroc : 54/13 DMP/21/NCV

بالخط رقم رقم مقرر التسجيل: 05/17 C 139/028

رقم ترخيص التسجيل بتونس: 1903051

رقم ترخيص التسجيل بالبحر: 54/13 DMP/21/NCV

© 2013 Alcon, Inc.



**TRAVATAN®**

40 microgrammes/ml

collyre en solution

2,5 ml

**Alcon®**

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151

Numéro de la DE en Algérie : 05/17 C 139/028

Numéro d'A.M.M. en Tunisie : 1903051

Numéro d'A.M.M. au Maroc : 54/13 DMP/21/NCV

بالخط رقم رقم مقرر التسجيل: 05/17 C 139/028

رقم ترخيص التسويق بتونس: 1903051

رقم ترخيص التسويق بالبحر: 54/13 DMP/21/NCV

© 2013 Alcon, Inc.



**TRAVATAN®**

40 microgrammes/ml

collyre en solution

2,5 ml

**Alcon®**

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS



406151

Numéro de la DE en Algérie : 05/17 C 139/028

Numéro d'A.M.M. en Tunisie : 1903051

Numéro d'A.M.M. au Maroc : 54/13 DMP/21/NCV

بالخط رقم رقم مقرر التسجيل: 05/17 C 139/028

رقم ترخيص التسويق بتونس: 1903051

رقم ترخيص التسويق بالبحر: 54/13 DMP/21/NCV

© 2013 Alcon, Inc.





دورزولاميد / تيمولول  
Dorzolamide/Timolol  
محلول قطرات للعين  
collyre en solution

20 mg/ml + 5 mg/ml  
20 + 5  
20



التركيبة :

هيدروكلوريد دورزولاميد ..... 22,26 ملغ  
كمية معادلة ل دورزولاميد ..... 20,00 ملغ  
ماليات تيمولول ..... 6,83 ملغ  
كمية معادلة ل تيمولول ..... 5,00 ملغ  
ل 1 ملل من محلول قطرات للعين.

قائمة السواغات :

كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إيثيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

سواغ ذو تأثير معروف : كلوريد البنزالكونيوم.  
عن طريق العين.

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.  
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة  
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيدا عن الضوء.  
لا يجب إستعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد  
فتح القارورة لأول مرة.

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082





دورزولاميد / تيمولول  
Dorzolamide/Timolol  
محلول قطرات للعين  
collyre en solution

20 mg/ml + 5 mg/ml  
20 + 5  
20



التركيبة :

هيدروكلوريد دورزولاميد ..... 22,26 ملغ  
كمية معادلة ل دورزولاميد ..... 20,00 ملغ  
ماليات تيمولول ..... 6,83 ملغ  
كمية معادلة ل تيمولول ..... 5,00 ملغ  
ل 1 ملل من محلول قطرات للعين.

قائمة السواغات :

كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إيثيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

سواغ ذو تأثير معروف : كلوريد البنزالكونيوم.  
عن طريق العين.

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.  
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة  
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيدا عن الضوء.  
لا يجب إستعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد  
فتح القارورة لأول مرة.

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082





دورزولاميد / تيمولول  
Dorzolamide/Timolol  
محلول قطرات للعين  
collyre en solution

20 mg/ml + 5 mg/ml  
20 + 5  
20



التركيبة :

هيدروكلوريد دورزولاميد ..... 22,26 ملغ  
كمية معادلة ل دورزولاميد ..... 20,00 ملغ  
ماليات تيمولول ..... 6,83 ملغ  
كمية معادلة ل تيمولول ..... 5,00 ملغ  
ل 1 ملل من محلول قطرات للعين.

قائمة السواغات :

كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إيثيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

سواغ ذو تأثير معروف : كلوريد البنزالكونيوم.  
عن طريق العين.

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.  
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة  
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيدا عن الضوء.  
لا يجب إستعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد  
فتح القارورة لأول مرة.

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082





# Théalose

Tréhalose 3 %

Hyaluronate de sodium

0,15 %

Protège, hydrate  
et lubrifie la surface  
oculaire

10 ml

PPC : 147.00 DH

Sans  
conservateur

 Théa





# Théalose

Tréhalose 3 %

Hyaluronate de sodium

0,15 %

Protège, hydrate  
et lubrifie la surface  
oculaire

**10 ml**

PPC : 147.00 DH

**Sans**

**conservateur**

 **Théa**