

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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- 068083

N° : 34224

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY ANNEB

Date de naissance : 01.01.53

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 15 / 02 / 2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/20	1412.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

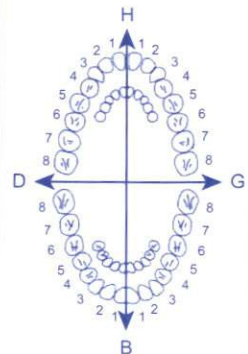
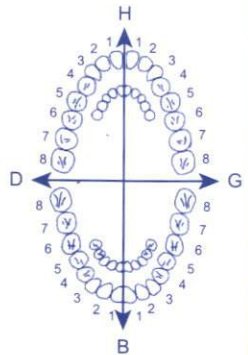
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan d

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"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

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 : 910023

Fax :

N° ICE 51506145

MR ZAHIDY AHMED

Le: 19/02/2020

FACTURE N°:

1093/20

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	TRAVATAN 40UG COLLYRE	230.00	920.00
1	COSOPT COLLYRE	164.20	164.20
2	COSOPT COLLYRE	164.20	328.40

TVA 7%:

92.41

Total :

1 412,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE CENT DOUZE DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

PHARMACIE EL LOTF
MME BENJELLOUN
313 BD OUED TENSIFT EL OULFA
CASABLANCA
Tél : 910023
Fax : 910023

☒ valable 3 mois

Le 19/02/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Ophtalmologiste 544, boulevard panoramique, californie, Casablanca - Maroc
Certifie que Mlle, Mme, M. :	20/02/2020 05 22 22 86 10 / 19/20 05 22 22 86 10 / 19/20 Fax: 05 22 22 86 10
Présente	Glaucome.
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Traitement à long terme
	- Cosopt - TRAVATAN
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : 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
Avenue EL KHAYMA EL NOUVA
313, P.O. Box EL Khayma EL NOUVA
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

LOT S008174 2
EXP 12 2020
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand
Cedex 9, 63963 - France

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



LOT S002592 2
EXP 10 2020
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand
Cedex 9, 63963 - France

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



LOT S008174 2
EXP 12 2020
PPV 164.20 DH

Titulaire de l'AMM/Distributeur:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret
Route de Marsat Riom, Clermont - Ferrand
Cedex 9, 63963 - France

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



Numéro de la DE en Algérie : 05/17 C
 Numéro d'AMM en Tunisie : 1903051
 Numéro d'AMM au Maroc : 54/13 DMP

05/17 C 139/028 :
 1903051 :
 54/13 DMP 21/NCV



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
 Numéro d'AMM en Tunisie : 1903051
 Numéro d'AMM au Maroc : 54/13 DMP

05/17 C 139/028 :
 1903051 :
 54/13 DMP 21/NCV



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
 Numéro d'AMM en Tunisie : 1903051
 Numéro d'AMM au Maroc : 54/13 DMP

05/17 C 139/028 :
 1903051 :
 54/13 DMP 21/NCV



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'AMM en Tunisie : 1903051
 Numéro d'AMM au Maroc : 54/13 DMP/21/NCV

05/17 C 139/028 :
 1903051 :
 54/13 DMP/21/NCV



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