

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

- Reclamation : 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.

75976

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3288 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661258027 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. BENELLOUN - 1022.91	21/04/2021	114,20€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09202			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

I.C.E. :

N° ICE 001619057000063

Le : 21/04/2021

FACTURE N°: 1179/21

Qté	Désignation	Prix	Montant
3	TRAVATAN 40UG COLLYRE	230.00	690.00
2	COSOPT COLLYRE	126.10	252.20
TVA 7%:	61.64	Total :	942,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

NEUF CENT QUARANTE DEUX DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313 Bd Oued Tensift El Oulfa
Tel: 0522910023

التركيبة :

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

قائمة السواغات :

كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إتيل سيلولوز، مانitol،
سيرات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات
القابلة للحقن.

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

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

LOT T033801 2

EXP 07 2022

P P V 126.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

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

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau I)
بصرف ب摩وج وصفة طبية - قائمة I (الائحة I)

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



6 118001 160082

التركيبة :

هيدروكلاوريد دورزولاميد 22,26 ملغ
كمية معادلة ل دورزولاميد 20,00 ملغ
ماليلات تيمولول 6,83 ملغ
كمية معادلة ل تيمولول 5,00 ملغ
ل 1 مل من محلول قطرات للعين.

قائمة السواغات :

كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إتيل 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.

LOT T038511.1

EXP 07 2022

PPV 126.10 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

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

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



6 118001 160082

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)
يصرف بمحض وصفة طبية - قائمة I (النهاية A)

6 118001 070619

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



406151

Lot :

Fab :

EXP :

06AP16
02 2020
02 2022

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml collyre en solution
travoprost
2,5 ml



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

Lot :

Fab :

EXP :

06AP16
02 2020
02 2022

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml collyre en solution
travoprost
2,5 ml



6 118001 070619

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



406151

Lot :

Fab :

EXP :

06AP16
02 2020
02 2022

TRAVATAN®

40 microgrammes/ml collyre en solution
travoprost
2,5 ml

