

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-683980

102115

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 3285 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Nom & Prénom : FAHIMA AHMED

Date de naissance : 01-01-53

Adresse :

Tél. : 0661258927 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-683980

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE 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
				INP : <input type="checkbox"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeot	Date	Montant de la Facture
<b>092025014</b> <b>PHARM</b> <b>Mme. BENJELLOUN NEAMA</b> <b>313, Bd. Oued Tensift El Oulfa</b> <b>Casablanca. Tél: 022 91 00 33</b>	<b>31/12/21</b>	<b>1046,60</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

		L'EXECUTION

**valable 3 mois**

Le .../.../2021

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : ZAHIDY Ahmed

Présente ..... Glaucome

Nécessitant un traitement d'une durée de : .....  
-Cosopt  
-TRAVatan

**PHARMACIE EL LOTF**  
Mme BENJELLOUN NEAMA  
313 Bd Oued Jansift El Oulfa  
Casablanca - Tel: 022.91.00.34

Dont ci-joint ordonnance : .....

(à défaut noter le traitement prescrit) .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca



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 : 148.70 DH



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 : 148.70 DH



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 : 148.70 DH

التركيبة :

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

قائمة السواغات :

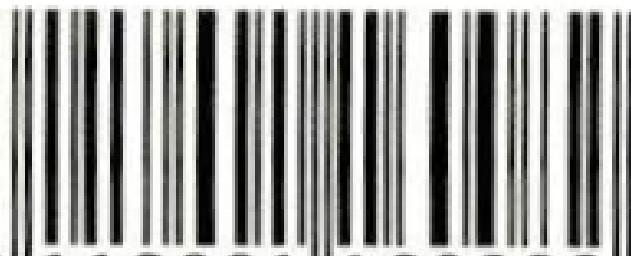
كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إتيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

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

إقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

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

التركيبة :

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

قائمة السواغات :

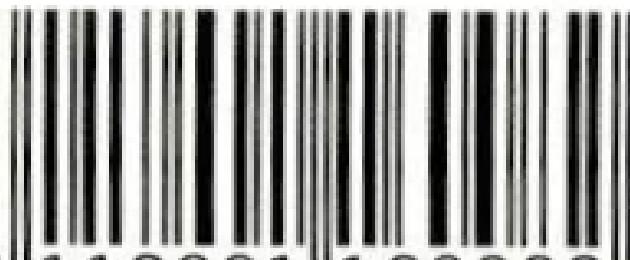
كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إتيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

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

إقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

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

التركيبة :

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

قائمة السواغات :

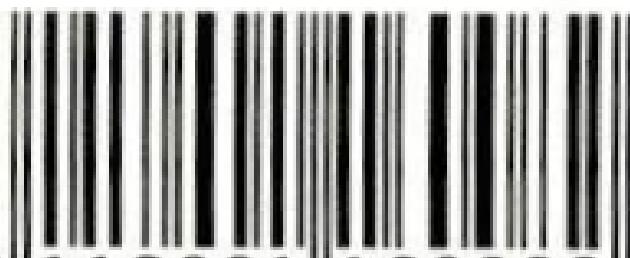
كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إتيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

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

إقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

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

التركيبة :

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

قائمة السواغات :

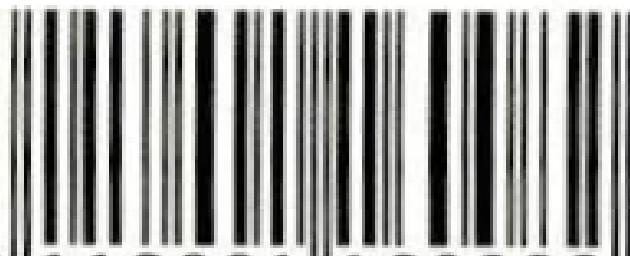
كلوريد البنزالكونيوم، هيدروكسي إتيل سيلولوز، مانيتول،  
سيترات الصوديوم، هيدروكسيد الصوديوم، ماء للمستحضرات  
القابلة للحقن.

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

إقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

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