

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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



Déclaration de Maladie

N° W21-683984

183204

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 3285		
Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAHIDY AHMED		
Date de naissance : 01-01-1983		
Adresse :		
Tél. : 066125827 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

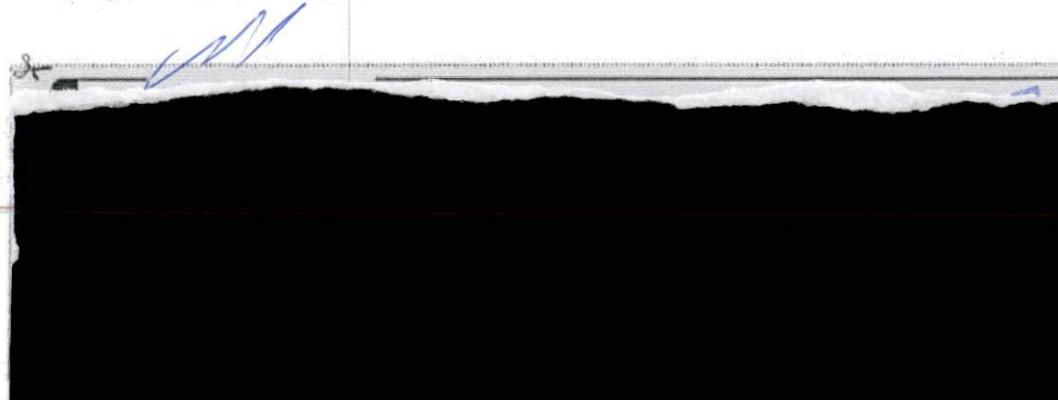


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CHSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/04/2022



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="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

INPE Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
092025014	21/4/20	1099,20

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

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 : 21/04/2022

FACTURE N°:

1249/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
4	COSOPT COLLYRE	126.10	504.40
2	TRAVATAN 40UG COLLYRE	148.70	297.40
2	TRAVATAN 40UG COLLYRE	148.70	297.40

TVA 7%: 71.91

Total : 1 099,20

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE-VINGT DIX NEUF DIRHAMS ET VINGT CTS

PHARMACIE EL LOTF
Mme BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift et Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

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 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 الاستعمال.
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيداً عن الضوء.
لا يجب [استعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد
فتح القارورة لأول مرة.

LOT U037807 3

EXP 10 2023

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 بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

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



6 118001 160082

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

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

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 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 الاستعمال.
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيداً عن الضوء.
لا يجب [استعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد
فتح القارورة لأول مرة.

LOT U037807 3

EXP 10 2023

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 بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

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



6 118001 160082

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

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

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 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 الاستعمال.
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيداً عن الضوء.
لا يجب [استعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد
فتح القارورة لأول مرة.

LOT U037807 3

EXP 10 2023

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 بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

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



6 118001 160082

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

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

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 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 الاستعمال.
تحفظ القارورة في الغلاف الخارجي، في درجة حرارة
تقل عن 30 درجة مئوية و بعيداً عن الضوء.
لا يجب [استعمال كوزوبت أكثر من 28 يوم بعد
فتح القارورة لأول مرة.

LOT U037807 3

EXP 10 2023

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 بعيداً عن متناول و مرآى الأطفال

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



6 118001 160082

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Ne pas injecter, Ne pas avaler
يجب إحترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

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

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

○

Lot :

Fab :

EXP :

1HHA1D
07 2021
06 2023

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 : 148.70 DH

○

Lot :

Fab :

EXP :

1HHA1D
07 2021
06 2023

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 : 148.70 DH

○

Lot :

Fab :

EXP :

1HHA1D
07 2021
06 2023

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 : 148.70 DH

○

Lot :

Fab :

EXP :

1HHA1D
07 2021
06 2023

TRAVATAN®

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

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *ZAHIDY AHMED*

Matricule : *32 88*

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. CHAHBI Mohammed Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. CHAHBI Mohammed*
Ophtalmologiste
544, Boulevard panoramique californie,

Spécialité :

N° ICE : *Casablanca - Maroc*
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20

N° INPE : *09 10 337 19*

Certifie que Mlle, Mme, M. *ZAHIDY AHMED*
FAX : 05 22 86 46 21

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

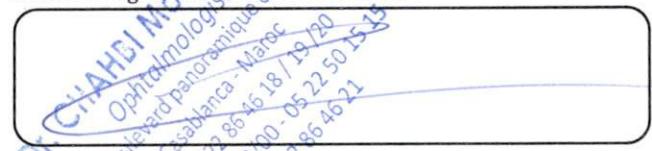
Traitements prescrits :

*- Cosopt
- TRAVatan*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Asni le 21/04/2022*

Cachet et signature du médecin traitant :



*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées