

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0026368

128268

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AKKAZENE Mohamed

Date de naissance :

01/01/1954

Adresse :

Lotissement Zahra Rue 8 n° 1
Ain Chok Cas

Tél. :

0667164605

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AKKAZENE Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Cas

Le : 30/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 personnelles.

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

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

15-06-2020 526,70

INP

092046754

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

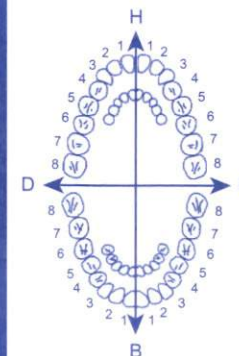
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE OUED EL MAKHAZINE

DATE

15-06-2022

CLIENT

MR. Abdelhak Bennani

DESIGNATION	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	MONTANT
Cosopt	2	126,10	252,20
Alprostan	3	91,50	274,50
facture de mon tiers de:			
Cinq cent vingt six			
dinars et 70 centimes			
MONTANT TOTAL			526,70

Adresse: 1, Lot Oued El Makhazine - Inara 1 - Aïn Chock - Casablanca - Maroc

ICE: 000360180000069 - IF: 14397411 - CNSS: 9417256 - RC: 399650

Tél: 05 22 52 70 17 - Email: Bennani.dr@gmail.com - Patente: 34071420

LOT U037807 3

EXP 10 2023

PPV 126.10 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)

mundipharma

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

LOT U037807 3

EXP 10 2023

PPV 126.10 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملل + 5 ملغ/ملل

collyre en solution
**Dorzolamide/
Timolol**

1 flacon de 5 ml

محلول قطرات للعين
دورزولاميد/تيمولول

1 قارورة من فئة 5 ملل

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ne pas injecter, Ne pas avaler

يجب احترام الجرعات الموصوفة
لا يحقن، لا يبلع

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (لائحة أ)



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

ALLERGAN



0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV:91DH50

Flacon de 5 ml

ALLERGAN



0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV:91DH50

Flacon de 5 ml

ALLERGAN



0.2%
Brimonidine

Collyre en solution

PPV:91DH50

Flacon de 5 ml

Fabriqué par les Laboratoires



ALLERGAN

Westport, Co. Mayo, Irlande

Importé par les Laboratoires



افريك-فارب
AFRIC-PHAR

Route Régionale
Casablanca/Mohammedia n°322-
Km 12.400 Ain Harrouda 28630
Casablanca- Maroc

Respecter les doses prescrites

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

جدول أ (اللائحة أ)



Soyez prudent

Nie pas conduire
sans avoir lu la notice

ALPHAGAN® 0.2%
Collyre en solution, flacon de 5 ml



6 118001 251384 >

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	AKKAZENE MOHAMED
Matricule :	1679 N° CIN : B69260
Adresse :	lotissement Zahra Rue 8 n°1 AN CHOK - CAS
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : INPE 091166421
Certifie que Mlle, Mme, M. :	AKKAZENE MOHAMED
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p><i>C. Ninia</i></p> <p><i>C. Ninia</i></p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit :</p> <p><i>C. Ninia</i></p> <p><i>Alphagan</i></p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 14 FEV 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 10px auto;"></div>	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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