

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058233

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2923 Société : 39126

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAKEH ASSAÏ Rachid

Date de naissance : 01/07/1950

Adresse : lots Oued Fei Rue 4 N° 16 Fei

Tél. : 06 61835328 Total des frais engagés : 930,20 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	

VOLET ADHERENT	NOM: LAKHASSASSI Rachid	Mle 2923
DECLARATION N°	P	MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Assurances Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt:	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	930,20 dh	09
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 1

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2923															
Nom & Prénom: LAKHASSASSI RACHID																	
Fonction: Retraite	Phones: 0661835328																
Mail: _____																	
MEDECIN	Prénom du patient: LAKHASSASSI Rachid																
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age: _____														
Nature de la maladie: GLAUCOME			Date: 11-6-20														
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite: _____														
Nature des actes: C	Nbre de Coefficient: 1	Montant détaillé des honoraires: G															
PHARMACIE	Date: 15-06-2020																
Montant de la facture: 930,20 dh																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: _____															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																
AUXILIAIRES MEDICAUX																	
Date: _____																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV						
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														

AV. Sidi Al Mandi N° 14 - Témouan
Dr. Youssef Ben Abdelhak
Pharmacie La Cassia
Sdr Mohamed JABRANE
Dr. en Pharmacie
CASA LA CASSIA CASO NEGRO-M

Dr. Youssef Benabdellah

SPÉCIALISTE

NEZ - GORGE - OREILLES

CHIRURGIE - CERVICO - FACIALE

DIPLOMÉ DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Sur Rendez-vous

الدكتور يوسف بنعبد الله

اختصاصي في أمراض

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة العنق والوجه

خريج جامعة بوردو

بالموعد

تطوان، في 15-06-2020

LAUHSSASSI RACHID

XALATAN 0,005%

$157,00 \times 2 = 314,00$

$157,00 \times 4 = 628,00$

LARMABA 0,9%

54,10

$\times 2 = 108,20$

930,20 DR

Pharmacie La Cassia
Sidi Mohamed JABRANE
Dr. en Pharmacie
CPLX LA CASSIA CASO NEGRO

Dr. Youssef Ben Abdellah
ORL
Avenue Sidi El Mandri N° 14 - Tétouan



XalatanTM

0.005 %
LATANOPROST

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

Flacon
de 2.5 ml

Voie ophtalmique.

**MISES EN GARDE
SPECIALES:** Ne pas
injecter, ne pas avaler.
Lire attentivement la
notice avant utilisation.

**A conserver au
réfrigérateur (entre +
2°C et + 8°C) et
conserver le flacon dans
l'emballage extérieur, à
l'abri de la lumière.**

- Après la 1ère ouverture, le
- flacon doit être conservé à
une température ne
dépassant pas +25°C et
- utilisé dans un délai de
4 semaines.
- **Tenir hors de la portée
et de la vue des enfants**

LOT/MFG./EXP.:

AM7825

Y00881

11/2018

10/2021

KAZS
37355
7MAR1
BL541



XalatanTM

0.005 %
LATANOPROST

Distribué sous licence
-- LAPROPHAN S.A. --
21, rue des Oudaya
Casablanca -- Maroc
PPV : 157DH00

Flacon
de 2.5 ml

Voie ophtalmique.

**MISES EN GARDE
SPECIALES:** Ne pas
injecter, ne pas avaler.
Lire attentivement la
notice avant utilisation.

**A conserver au
réfrigérateur (entre +
2°C et + 8°C) et
conserver le flacon dans
l'emballage extérieur, à
l'abri de la lumière.**

- Après la 1ère ouverture, le
- flacon doit être conservé à
une température ne
dépassant pas +25°C et
- utilisé dans un délai de
4 semaines.
- **Tenir hors de la portée
et de la vue des enfants**

LOT/MFG./EXP.:

AM7825

Y00881

11/2018

10/2021

KAZS
37355
7MAR1
BL541



XalatanTM

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 127DH00

Flacon

de 2.5 ml

Voie ophtalmique.

MISES EN GARDE:

SPECIALES: Ne pas injecter, ne pas avaler.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C) et conserver le flacon dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

- Après la 1ère ouverture, le
- flacon doit être conservé à une température ne dépassant pas +25°C et
- utilisé dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

LOT/MFG./EXP.:

CH2895

Y45035

04/2019

03/2022

X005
SC355
Z'WART
BL541

GRS28

OST



XalatanTM

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Voie ophtalmique.

MISES EN GARDE:

SPECIALES: Ne pas injecter, ne pas avaler.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C) et conserver le flacon dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

- Après la 1ère ouverture, le
- flacon doit être conservé à une température ne dépassant pas +25°C et
- utilisé dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

LOT/MFG./EXP.:

CH2895

Y45035

04/2019

03/2022

X005
SC355
Z'WART
BL541

GRS28

OST



XalatanTM

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Voie ophtalmique.

MISES EN GARDE

SPECIALES: Ne pas injecter, ne pas avaler.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C) et conserver le flacon dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

- Après la 1ère ouverture, le
- flacon doit être conservé à une température ne dépassant pas +25°C et utilisé dans un délai de
- 4 semaines.
- **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants**

LOT/MFG./EXP.:

CH2895

Y45035

04/2019

03/2022

X005
SC355
Z'WART
BL541

GRS28

OST



XalatanTM

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence

-- LAPROPHAN S.A. --

21, rue des Oudaya

Casablanca -- Maroc

PPV : 127DH00

Flacon
de 2.5 ml

Voie ophtalmique.

MISES EN GARDE:

SPECIALES: Ne pas injecter, ne pas avaler.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C) et conserver le flacon dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

- Après la 1ère ouverture, le
- flacon doit être conservé à une température ne dépassant pas +25°C et
- utilisé dans un délai de 4 semaines.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

LOT/MFG./EXP.:

CH2895

Y45035

04/2019

03/2022

X005
SC355
Z'WART
BL541

GRS28

OST

25346500

لارماباك 0.9 % ARA

التركيبية:

كلوريد الصوديوم..... 0.900 غ
ل 100 مل من محلول قطرات للعين

قائمة سواغات:

هيدروجينو فوسفات الصوديوم

دوديكا هيدرتي ، ديهيدرو جينوفوسفات

الصوديوم ثلاثي الامامه، ماء

للمستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين

يتترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال

دواعي الإستعمال:

يوصى باستعمال هذا الدواء لتخفيف

أعراض التهاب الناتج عن جفاف العين

(نظرا لعدم توفر الدموع بكمية كافية).

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25

درجة مئوية.

لا تحتفظوا بالقارورة بعد استعمالها لأكثر

من 8 أسابيع.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

لا يحقن و لا يبلع.

يسلم هذا الدواء دون وصفة طبية.

Posologie :
المقادير :

MA رقم التسجيل بالمغرب

293/12 DMP/21/NRQ

Code CIP 13



3400933817930

Date de première ouverture /

تاريخ فتح القارورة لأول مرة

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

المالك / الممثل: مخبر ثيبا
12، شارع لويس بليريه
63017 كليرمون فيران
المنتج: إكسيل فزيوعين
شارع لويس بليريه
07100 أنونواي فرنسا

Titulaire / Exploitant : LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND Cedex 2
FRANCE
Fabricant : EXCELVISION
Rue de la Lombardière
07100 ANNONAY FRANCE

25346500

لارماباك 0.9 % ARA

التركيبية:

كلوريد الصوديوم..... 0.900 غ
ل 100 مل من محلول قطرات للعين

قائمة سواغات:

هيدروجينو فوسفات الصوديوم

دوديكا هيدرتي ، ديهيدرو جينوفوسفات

الصوديوم ثلاثي الامامه، ماء

للمستحضرات القابلة للحقن.

عن طريق العين

يتترك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال

دواعي الإستعمال:

يوصى باستعمال هذا الدواء لتخفيف

أعراض التهاب الناتج عن جفاف العين

(نظرا لعدم توفر الدموع بكمية كافية).

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25

درجة مئوية.

لا تحتفظوا بالقارورة بعد استعمالها لأكثر

من 8 أسابيع.

اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

لا يحقن و لا يبلع.

يسلم هذا الدواء دون وصفة طبية.

Posologie :
المقادير :

MA رقم التسجيل بالمغرب

293/12 DMP/21/NRQ

Code CIP 13



3400933817930

Date de première ouverture /

تاريخ فتح القارورة لأول مرة

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

المالك / الممثل: مخبر ثيبا
12، شارع لويس بليريه
63017 كليرمون فيران
المنتج: إكسيل فزيوعين
شارع لويس بليريه
07100 أنونواي فرنسا

Titulaire / Exploitant : LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND Cedex 2
FRANCE
Fabricant : EXCELVISION
Rue de la Lombardière
07100 ANNONAY FRANCE