

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 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

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-776909

par
coeur

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAOUZI - AHMED
 Date de naissance : 12-9-1952
 Adresse : M. DIEBEN HAÏTAM 6^{ème} ETAGE N° 24
 TANGER
 Tél. : 06 65 23 12 33 Total des frais engagés : 657,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

Date de consultation : 21/04/2013

Nom et prénom du malade : Taouzi Ahmed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension oculaire

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 : TANGER Le : 21/04/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
ES 39 32 12 17

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/2023	35780

21/04/2023

35780

[illegible]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	

Montant détaillé
des Honoraires

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	INP : <input type="text"/>		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr A. KHEIREDDINE

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Chirurgie de la Cataracte par

Phacoemulsification

Angiographie Numérisée - Lasers

Champ Visuel - O.C.T

Topographie Cornéenne

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens (France)

Ancien Ophtalmologiste du Centre

Ophtalmologique Saint Victor d'Amiens

27, Bd. Mohamed V 1^{er} étage (Imm. Attijariwafabank)

TANGER - Tél.: 05 39 32 12 12 - Tél/Fax: 05 39 32 12 13

(à coté de la Grande Poste)



الدكتور ع. خير الدين

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة عدسات العيون (اجلالة)

بالفاكو (الليزر)

أشعة الليزر - راديو الشبكة المرقوم

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

إختصاصي سابقا بمركز أمراض

العيون بأميان

27 شارع محمد الخامس الطابق الأول عمارة التجاري وفينك

طنجة - الهاتف 05 39 32 12 12 - الفاكس 05 39 32 12 13

(قرب البريد الكبير)

Tanger, le

21/04/2023

طنجة في



Mr. Gaouzi Ahmed



35780

œil droit

Monoprost

1 gtt à 2 h 00

x 02 baïes

Traitement à ne pas arrêter

$= (17890 \times 2)$

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

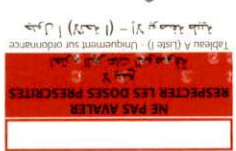
Monoprost

50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient
unidose

FR 1 ml contient 50 microgrammes de
latanoprost.
Une goutte contient environ 1,5 microgrammes
de latanoprost.

LISTE DES EXCIPIENTS :
Hydroxystéarate de macroglycérol 40 (pour
plus d'informations voir la notice), sorbitol,
carbomère 974P, macrogol 4000, édétate
disodique, hydroxyde de sodium et eau pour
préparations injectables.
Voie ophtalmique.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Lire la notice avant utilisation.
A conserver à une température ne dépassant pas
25°C.
Après la première ouverture du sachet : utiliser
les récipients unidoses dans les 7 jours.
Après ouverture d'un récipient unidose : utiliser
immédiatement et le jeter après utilisation.
AMM Maroc N° : 496/17 DMP/21/NNP



يحتفظ بريقا عن مزايا و متناول الأطفال.
عن طريق العين.
الضرور عدم، و بناء للمستحضرات القابلة للحقن.
ماكروغول 4000، إيثانات ثنائي الصوديوم، هيدروكسيبوتيريت،
الماكروغولات النطري، سوربيتول، 4974P، هيدروكسيبوتيريت،
40 (المزبد من) هيدروكسيبوتيريت، الماكروغولات النطري، سوربيتول، 4974P،
قائمة المواد:
لاتانوبروست.
تحتوي القطرة على حوالي 1.5 ميكروغرام من
50 ميكروغرام من لاتانوبروست.
يحتوي 1 مل على
محلول قطرات العين و بناء أحادي الجرعة
50 ميكروغرام/مل
مونوبروست

رقم التسجيل بالمغرب: 496/17 DMP/21/NNP
الاستعمال.
بعد فتح و بناء أحادي الجرعة: يستعمل فوراً ثم يرمى بعد
7 أيام الموالية.
بعد أول فتح للأكبر: يستعمل الأوعية أحادية الجرعة في ال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25.
أول المرة قبل الاستعمال.

المادة
مخازن تيا
12 شارع لويس بليري
63017 كليرمون. فيرون سينكس 2
الضاح: 27
م ص لومبارديير
07100 أنوناف فرنسا

Titulaire
LABORATOIRES THEA
12 RUE LOUIS BLERIO
63017 CLERMONT-FERRAND
CEDEX 2 FRANCE
Fabricant : EXCELSION
ZI LA LOMBARDIERE
27, RUE DE LA LOMBARDIERE
07100 ANNONAY France

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



26106502
Lot / Fab / EXP :
4R62
07 2022
07 2024