

# 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.



Déclaration de Maladie : N° S19-0052744

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9255 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : NAFI MOHAMMED Date de naissance : 10.09.61  
Adresse :  
Tél : 0662582211 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/12/23  
Nom et prénom du malade : NAFI MOHAMMED Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Me de left (ocul)  
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 : Casa Le : 04/12/2023  
Signature de l'adhérent(e) :


## 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
01/12/23	G		200 M	Dr. Abdelhak BOUGRA Ophtalmologiste El Alail Ben Abdellah Casablanca 33 45 / 05 42 47 14 72

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Al Akhila Bd Lekhila Fesli Aodamane Douala Tél/Fax : 052 21 71 71</p>	01/12/23	1035,10

[illegible][illegible]

8

**RÉLEVÉ 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.

**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 CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H

25533412  
00000000

D

21433552  
00000000

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS


DATE DU  
DEVIS


DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
--	---

	<b>H</b> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>	<b>Coefficient des Travaux</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
	35533411	11433553									
<b>B</b>	<b>D</b>	<b>Montants des Soins</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du Devis</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
		<b>Date de l'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									

	<b>H</b> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>	<b>Coefficient des Travaux</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
	35533411	11433553									
<b>B</b>	<b>D</b>	<b>Montants des Soins</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du Devis</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
		<b>Date de l'exécution</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									

	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DES SOINS	<input type="text"/>
		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA  
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول-عدسةالاتصال-الليزر-انجيوجرافي  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le 1/14/23 في الدار البيضاء

M. NAM ROHANN

178,90 x 4

1 Ronoprost g (4 boxes)

230,00 g / lev

1 LORICOM g

89,50 g / lev

1 XENCOM g

g / lev

1035,10

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca  
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Pharmacie Cit. Addamane  
Ex. : PHARMACHAMI  
Bd. Dakhia Hay K. Residence  
Addamane Dava - Casablanca  
Tel/Fax : 0522 21 31 99

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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Mam Mohamed

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 :

Glaucome chronique angle

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Cellegon Antiglaucomateux.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Cas

le

14/12/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage  
Casablanca  
Tél : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

\* 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

ICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**Xalacom**<sup>®</sup>  
XALACOM 50 microgrammes/  
Latanoprost/Timolol



**attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament. Cette notice contient des informations importantes pour vous.** Cette notice Vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou le pharmacien. Il vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les symptômes qui vous ont conduit à l'achat de ce médicament sont identiques aux vôtres. Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirable non mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

**Comment utiliser ce médicament ?**

Utilisez ce que XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution. Ce médicament est un collyre. Dans quel cas est-il utilisé ?

Il est utilisé pour traiter les personnes souffrant de glaucome à angle fermé ou à angle ouvert. Les informations à connaître avant d'utiliser XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution ?

Comment utiliser XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution ? Quels sont les effets indésirables éventuels ?

**LUMIGAN**<sup>®</sup>

0.3 mg/ml  
Bimatoprost

PPV:230DH00

Collyre en solution

Flacon de 3 ml

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. De manière générale, vous pouvez continuer à utiliser les gouttes comme d'habitude à moins que les effets ne soient graves. Si vous êtes inquiet, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien. N'arrêtez pas d'utiliser XALACOM sans en parler à votre médecin.

PAA169044

FABRICANT  
PFIZER MANUFACTURING BELGIUM NV  
RIJKSWEG 12  
2870 PUURS  
BELGIQUE

XALACOM COLLYRE 2.5ML  
P.P.V. : 89DH50  
6 118001 170340  
Pfizer S.A.  
Laboratoires

Pfizer

INDÉSIRABLES

5S90

04 2023

04 2025

26106502

Lot / Fab / EXP :

**Monoprost 50 microgrammes/ml**  
collyre en solution en récipient unidose

ppv : 178.90 DH



**6 118001 072583**

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

5S90

04 2023

04 2025

26106502

Lot / Fab / EXP :

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

5S90

04 2023

04 2025

26106502

Lot / Fab / EXP :

**Monoprost 50 microgrammes/ml**  
collyre en solution en récipient unidose

ppv : 178.90 DH



**6 118001 072583**

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

5S90

04 2023

04 2025

26106502

Lot / Fab / EXP :

**Monoprost 50 microgrammes/ml**  
collyre en solution en récipient unidose

ppv : 178.90 DH



**6 118001 072583**

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