

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUUPRAS 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

ND
185270

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 : MAFM 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 : 7^{me} Moim. MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maux de yeux (ODC)

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : MAFM MOHAMMED

Le : 04/12/2023

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
19/11/2011	23	2	200.00	Dr. Abdelhak BOUCHTA Ophthalmologiste Allal Ben Abdellah 1 ^{er} Etage Casablanca 33 45 / 05 24 47 14 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. H. A. Addameh Bd. Sékhéï Addameh 105 Tel/Fax: 052	01/12/23	1035,10

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablancale 1/14/23 الدارالبيضاء في

Mr NAM Norway

178,90x4

1 Nonpost



230,00

1 Nonpost



89,80

1 Nonpost



1 Nonpost

1035,10

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage
Casablanca
Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Pharmacie Dr. Addamane
Bd. Djellali Hay El ACHAMM
Addamane Doss - Résidence
Tel: 05 22 21 31 39

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 :

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

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NAM ROMNE

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 8 mois

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Cellyn Antiglauconathex.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 11/12/23

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} 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 garantie la confidentialité des informations communiquées

ICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Xalacom®

XALACOM 50 microgrammes/
Latanoprost/Timolol



75
P.R.

attentivement cette notice avant d'utiliser ce
tient des informations importantes pour vous
ce notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
vez d'autres questions, interrogez votre médecin ou
l'entement vous a été personnellement prescrit. Ne le do
tiers personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les s
s sont identiques aux vôtres.

ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à
pharmacien. Ceci s'applique aussi à tout effet indésirab
onné dans cette notice. Voir rubrique 4.

ient cette notice ?

ce que XALACOM 50 microgrammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution et
el cas est-il utilisé ?

sont les informations à connaître avant d'utiliser XALACOM
grammes/ml + 5 mg/ml, collyre en solution ?

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

XALACOM 50



0.3 mg/ml

Bimatoprost

PPV:230DH00

Collyre en solution

Flacon de 3 ml

PA1666A

BELGIQUE
PZN: 2870000
RIZK SWEG 12
PZN: 2870000
PZN: 2870000
XALACOM COLLYRE 2.5ML
P.P.V: 89DH50

6 118001 170340
9 118001 170340

Pharmaciens S.A.
Laboratoires Pfizer



5 INDESIRABLES

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.

26106502

Lot / Fab / EXP :

5S90

04 2023

04 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH



6 118001072583

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

26106502

Lot / Fab / EXP :

5S90

04 2023

04 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH



6 118001072583

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

26106502

Lot / Fab / EXP :

5S90

04 2023

04 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH



6 118001072583

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

26106502

Lot / Fab / EXP :

5S90

04 2023

04 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH



6 118001072583

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