

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Mise 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 064685

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 831 Société : Agence Rabat
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196635
 Nom & Prénom : EL HADDAD Mohamed
 Date de naissance : 1935
 Adresse : Lot Jarij N° 9 Tabriquet Sale
 Tél : 0666440493 Total des frais engagés : 1652, DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Hôpital International Cheikh Mohammed VI, Professeur RAZZAK ANANE, Médecin Assistant, Cardiologue]
 Date de consultation : 19/02/2024
 Nom et prénom du malade : MIRHOVAR SHADIA Age : 73 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection 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 : Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 21/02/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/02/2024	Log. Pascal		1500	
12/02/2024	Contrôle			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/02/2024	157,2

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.

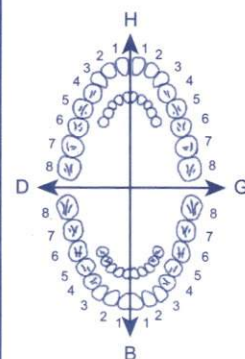
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient 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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

12/2/2024

Mirhoun Saadine

1520
Thiaron



Spette x 4/6

2 mois

62 yans

PHARMACIE CENTRALE AIN BORJA
C. M. LAHRIHI Mohamed
Pharmacie
ICE : 001572503800095
Hay Aloudon, Rue 7, N°11 Ain Borja
Casablanca - Tel : 0522 60 41 76

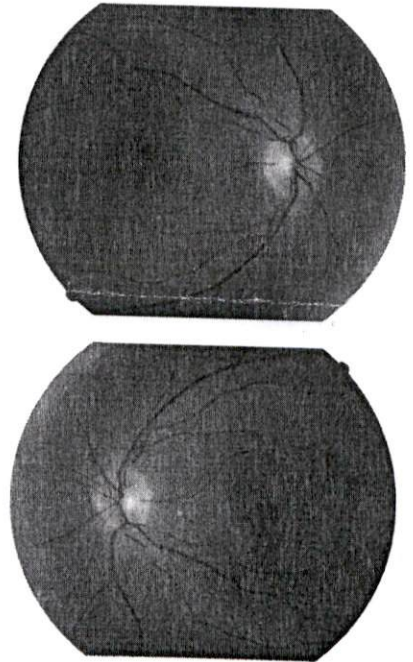
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur RAZZAK AMINE
Professeur Assistant - Ophtalmologie
091260430

Identification du Patient		Information sur le Séjour
Nom :	MIRHOUAR	Médecin traitant :
Prénom :	SAADIA	Service d'hospitalisation :
Age :	73 ans	Ophtalmologie
Sexe :	Féminin	IPP du patient : H0123032447
		NDA séjour : 2400829225

TREATMENT REPORT : PASCAL POSTERIOR LASER

- Eye : OD
- Diagnosis : RDP

Endpoint Management ^(EM) & Landmark ^(LM) Settings	EM= Disabled, LM= Disabled
Endpoint Management % [Median, Range]	
Spot Diameter(μ m)	200
Exposure (ms) [Median, Range]	0.2
Power (mw) [Median, Range]	325
Number of Spots [Total (#LM,#EM)]	1100



Signature Médecin :

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Professeur RAZZAK AMINE
 Professeur Assistant - Ophtalmologie
 1260430

وصفة طبية

Ordonnance

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Tél.: 05 29 03 53 45

Fax : 05 29 00 44 77

Casablanca, le : 22/02/24

090061852

Mihoun Saadia

1 dose de PPR ODS en
Laser Argon (Pascal)


Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur BAZAK AMINE
Professeur Assistant - Ophtalmologie
091260430



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 12/02/2014

Quittance - Paiement espèces 0855222

IPP :

N° D'admission : 2400829225 Montant : 1500 DH

Patient : M. Mohamed Saadia

Payé par : Mlle Henna

Cachet

0855222 - Palmenant espèces



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

Date : 12 / 02 / 2014

Quittance - Paiement espèces 0855222

IPP :

N° D'admission : 2400229225 Montant : 1500 DH

Patient : M. H. H. S. S. S.

Payé par : M. H. H. S. S. S.



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Date : 12/02/2024

Numéro : 23 963



090061862

Nom patient : MIRHOUAR SAADIA

Médecin : PR. RAZZAK AMINE
Ophtalmologie

2400829225

PAYANTS

	Montant
PHOTOCOAGULATION DE LA REGION MACULAIRE	1 500,00

Total 1 500,00

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

Date 12/02/2024

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 2400829225	590
Nom patient	MIRHOUAR SAADIA	
Médecin	PR. RAZZAK AMINE <i>Ophtalmologie</i>	
	Prestations PHOTOCOAGULATION DE LA REGION MACULAIRE	
Encaissement	0,00 PAYANT	Visa accueil SOF.OUB 14:59

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@tckm.hck.ma
N°INP 090061862



CE 0459

- Ne pas toucher l'œil ou les paupières avec l'embout du flacon, en particulier si vous pensez souffrir d'une infection oculaire,
- Instiller une goutte dans le cul-de-sac conjonctival inférieur (espace entre l'œil et la paupière), en tirant légèrement la paupière inférieure vers le bas et en regardant vers le haut.
- Reboucher le flacon après utilisation.

DOSAGE :

1 goutte dans chaque œil, 4 à 6 fois par jour.

THEALOSE peut être utilisé par les porteurs de lentilles de contact.

EFFETS SECONDAIRES :

Irritation oculaire modérée possible dans de rares cas.

CONSERVATION DE THEALOSE :

Ne pas conserver un flacon entamé au-delà de 3 mois.

À conserver à une température inférieure à 25°C.

NE PAS DÉPASSER LA DATE LIMITE D'UTILISATION FIGURANT SUR LE CONDITIONNEMENT EXTÉRIEUR.

La date de péremption fait référence au produit dans son emballage intact, stocké convenablement.

Ne pas utiliser de flacon endommagé.

DATE DE RÉVISION DES INSTRUCTIONS : 10/2022

N° Homologation Algérie : DMClassellb/CE0459/121/17

N° Homologation Maroc : 3516/2021/3703-2022/DM/DPS/DMP/18



CE 0459



قفة بين العين والجفن)



تاريخ أول فتح

Date de première ouverture

STERILE A معقم

25°C

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH



V02762C10MAG/0722



قطرة واحدة (1) في العين، 4 إلى 6 مرات في اليوم.
يمكن لحاملي العدسات اللاصقة استعمال تيالوز.
الأعراض الجانبية:

تهيج العين المعتدل يحدث في حالات نادرة.
حفظ تيالوز:

لا تحفظ القارورة المفتوحة لمدة تفوق 3 أشهر.
يحفظ في درجة حرارة تقل عن 25°م.

لا تتعدى تاريخ نهاية الصلاحية المدون على التغليف الخارجي. يشير تاريخ نهاية الصلاحية إلى المنتج في تغليفه السليم والمحفوظ بطريقة صحيحة.
لا تستعمل قارورة تالفة.

تاريخ مراجعة النشرة: 10/2022

رقم الترخيص بالجزائر: DMClassellb/CE0459/121/17

رقم الترخيص بالمغرب:

3516/2021/3703-2022/DM/DPS/DMP/18

N2762C10MAG/0722

Théa