

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-771082

202643

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>646</b>			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>FATEMI AHMED</b>			
Date de naissance :			
Adresse : <b>146, Av Prince Herlier, Rés ALKARAM 1 Etg 7</b>			
N° 39 Tanger			
Tél. : <b>05 38 84 24 88</b>			
Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin : <b>Dr. Abdellah KHAYATI</b> Ophtalmologue 46, Bd. Omar Ibn El Khattab 11m. Najib Appt. 6 - TANGER Tel: 05 39 94 10 34 - 06 65 30 84 15 INP: 161166053			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>16/10/2024</b>			
Nom et prénom du malade : <b>LAHALO MARIA</b> Age : <b>18</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Blancane chronique</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>1/1</b>			
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 : **16/10/2024**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
16/04/2020	ca 1	CS	3000,00	INP: 161166053 Dr. Hassanein Ochthamologiste 46, Bd. Omar Ibn El Khattab Nouvelle, Appart 6 - TANGER Tél: 0534-966530 8411 Mobile: 056053

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/2014	1819,30





**PHARMACIE BISMI ALLAH**  
**12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER**  
**ICE : 001555076000077**  
**B P:164-640-212-1102707500009-80**  
**Patente 50487909**  
**Tél : 0539941010/0539341919.**  
**CNSS: 6294318**  
**FAX : 0539341212**  
**I.F : 8110975**  
**R.C: 42012**

**Facture N° 1 256 535 Du: 16/04/2024**

**Client : LAHLOU MARIA**

Forme	Désignation	PPV	QTE.	Montant HT	TVA %	Mt TVA	Montant TTC
PO	FRAKIDEX PD OFT	19,40	1	19,40	0 %	0,00	19,40
CL	ZALERG COLLYRE	70,70	1	66,07	7 %	4,63	70,70
CL	DUOTRAV COLLYRE	192,10	1	192,10	0 %	0,00	192,10
CL	DUOTRAV COLLYRE	179,60	5	898,00	0 %	0,00	898,00
CL	VISMED MULTIDOSE CL	144,10	3	404,02	7 %	28,28	432,30
CL	DORZIMOL COLLYRE	103,40	2	193,27	7 %	13,53	206,80
6	Total			1 772,86		46,44	1 819,30

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**MILLE HUIT CENT DIX-NEUF DIRHAMS ET TRENTÉ CENTIMES TTC**

PHARMACIE BISMI ALLAH  
12 AV. DRISS 1ER RESIDENCE ° EL KHAIR ° TANGER  
TEL: 05 39 81 10 70  
INPE: 160015960  
ICE: 001555076000077





898121 MA

DUOTRAV® 40 microgrammes/ml + 5 mg/ml Collyre en solution  
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml Collyre en solution

Exp.:

52025  
32AF15

Lot:

110

**DUOTRAV®**

## ديوتراڤ®

40 microgrammes/mL +  
5 mg/mL collyre en solution

ميكروغرام/مل + 5 مل

قطرات العين على شكل محلول

تراڤوبروست/تيمولول

Chaque ml de solution contient  
40 microgrammes de travoprost et  
5 mg de timolol  
(sous forme de maléate de timolol)

كل ml من محلول يحتوي على  
40 ميكروغرام من تراڤوبروست  
و 5 مل من تيمولول  
(على شكل محلول).

### voie oculaire

عن طريق العين

1 x 2,5 mL

ب Novartis

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES  
PRÉSCRITES  
لا تبتلع  
للحفظ والصحة طبية  
جدران (زائدة)  
يتم حفظ ومحظوظ  
الدواء (الدواء)  
Tableau A (Liste 1 - UNICOULEUR  
SUR ORDONNANCE  
جدران (زائدة)  
يتم حفظ ومحظوظ  
الدواء (الدواء)  
لتحفظ والصحة طبية  
جدران (زائدة)  
يتم حفظ ومحظوظ  
الدواء (الدواء)



Soyez prudent  
Ne pas confire  
sans avoir lu  
la notice  
كن حذرا  
لا تقد الماء  
دون قراءة المنشورة  
يتم حفظ ومحظوظ  
الدواء (الدواء)

Titulaire d'AMM au Maroc:  
صاحب رخصة المسروق ب المغرب  
Laboratoire SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution .2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
SotHEMA Bouskoura  
AMM N° 581/18 DMP/21/NRQ  
PPV 179.60 DH



6 118001 071340

المُنتَج:

Alcon-Couleur N.V.  
Rijsweg 14, B-2670 - Puurs, Belgique  
Siegfried d' Aspres, S.A., Camí Fabra, 58, 08320  
El Masnou, Barcelona, Espanya



898212 MA

32AF1F  
05 2025

40 microgrammes/mL + 5 mg/mL collyre en solution  
**travoprost/timolol**

**DUOTRAV®**  
40 microgrammes/ml + 5 ml/ml culture e

**DUOTRAV®**  
40 microgrammes/ml + 5 ml/ml culture e

exp: Lot:

19

DUOTRAV®

٦٢

Ce médicament contient :  
Excipients à effet notable :  
Propylène glycol, huile de ricin  
hydrogénée polyoxyéthylène 40.  
Autres excipients :  
Polyacrylamide, mannitol, acide  
butyrique, chlorure de sodium,  
acide chlorhydrique et/ou  
hydroxyde de sodium, eau purifiée.

**Jeter 4 semaines après la première ouverture.**

10

température supérieure à

يحتوي هذا الدواء على:  
سوانغات ذات تأثيرات معروفة:  
بروبيلين غليكول، زيت الفرفور

40. المهرج المتعدد أو كسي الإبيلين سواغات أخرى: يولى كواترنتوم - 1، مانتيول،

محمد البورير، كلوريد الصوديوم،  
محمد الهيبيرو كلورير و / او  
هيدروكسيد الصوديوم و ماء منقى.

يجب قراءة النشرة للمزيد من المعلومات.

يُدْرِسُ 4 أَسْبَابٍ بَعْدَ الْفَتْحِ الْأَوَّلِ.  
يَحْفَظُ فِي درْجَةِ حرَارةٍ لَا تَتَجاوزُ  
30 درْجَةً مُفْرِيَّةً.  
وَمُتَنَوِّلُ الْأَطْمَاءِ.

© NOVARTIS

voie oculaire

1 x 2,5 mL

NOVARTI

40 microgrammes/mL +  
5 mg/mL collyre en solution  
40 ميكروغرام / مل + 5 ملجم / مل  
قطارات للعين على شكل محلول  
**travoprost/timolol**  
**تافوبروست / تيمولول**  
Chaque ml de solution contient  
40 microgrammes de travoprost et  
5 mg de timolol  
(sous forme de maléate de timolol)

RAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
en solution . 2,5 ml  
à 1 flacon  
a Bouskoura  
591118 DMP 121/NRG  
179.60 DH  
18001 071340

**Fabricant :** **المصنّع:**  
Alcon-Couvert N. V.  
Rijksweg 14, B-2870- Puurs, Belgique  
Siegfried El Masnou, S.A., Camil Fabra, 58, 08320  
El Masnou, Barcelone, Espagne

Souteur N. V.  
g 14, B-2870- Puurs, Belgique  
et Mastou, S.A., Camil Fabra, 58, 08320  
ou, Barcelone, Espagne



