

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-659340

26151

Communier

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2480 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retrait
 Nom & Prénom : LATIGUI MOHAMMED
 Date de naissance : 1.07.1950
 Adresse : BV EL MAGHARBI EL ARABI N. 104 BENI DRAR
 Tél. : 0673 2712 50
 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MEGHERBI CHAFIK
 OPHTALMOLOGUE
 Bd. Mohamed 5 - OUJDA
 Tel: 0536 09 10 00 - 0624 21 81 55

Date de consultation : 12/10/2021

Nom et prénom du malade : LATIGUI Maryeme Age : 1950

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

Nature de la maladie : Anémie

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 : Oujda Le : 06/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
12/12/21	C		250dh	INP: 080162646 Dr MEGHERBI CH. OPHTALMOLOG (Bd. Mohamed 5 - O
21/12/21	Contul		Contul	

Dr MEGHERBI CHAFIK
OPHTALMOLOGUE

C. Bd. Mohamed 5 - Oujda
Tel. 0536 69 16 36 - 68 24 29 81 55

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADR ILYAS BELMOSTAFA Dr. en Pharmacie Lot. Badr. BENI DRAR TEL: 05.36.65.03.03	21/4/00	PHARMACIE BADR ILYAS BELMOSTAFA Dr. en Pharmacie Lot. Badr. BENI DRAR TEL: 05.36.65.03.03

PHARMACIE BADR
ILYAS BELMUSTAFA
Dr. en Pharmacie
Lot. Badr, BENI GRAF
TEL: 05 36 65 06 03

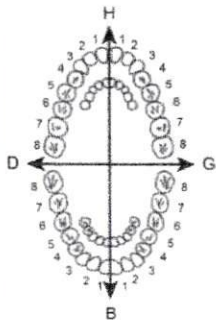
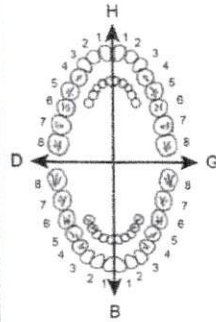
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

NET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Chafik MEGHERBI

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT: Tomographie à Cohérence Optique

INPE : 081162646



081162646



الدكتور شفيق مغربي

إختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le mardi 12 octobre 2021

Madame Meryem LATIGUI



Mettre dans les 2 yeux

Hylogel collyre: 1 goutte 4 fois par jour pendant 03 mois

Liposic gel ophtalmique: 1 application le soir au
coucher pendant 03 mois

PHARMACIE BADR
ILYAS BELMOSTAFA
Dr. en Pharmacie
Lot. Badr, BENI DRAR
TEL: 05.36.65.03.03

Dr MEGHERBI CHAFIK
OPHTALMOLOGUE
Dr. Mohamed 5 - OUJDA
Tél: 06 24 21 81 55

Dr Chafik MEGHERBI

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT: Tomographie à Cohérence Optique

INPE : 081162646



081162646



الدكتور شفيق مغربي

إختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le mardi 12 octobre 2021

Madame Meryem LATIGUI

Monture + verres

2 paires

Oeil droit

Sphère : +4,25

Cylindre : -0,75

Axe : 105°

Addition: 3,00

Oeil gauche

Sphère : +2,50

Cylindre : -0,50

Axe : 65°

Addition: 3,00



INDICATIONS : Ce gel ophtalmique est indiqué
pour le traitement symptomatique de l'œil sec.
Scale / Instiller dans l'œil.

LOGIE ET MISE EN GARDE :

Attention : Lire attentivement la notice avant utilisation.
Conserver à une température inférieure à 25 °C.
Après l'ouverture, à conserver au maximum 28 jours.
Ne pas avaler. Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.

استخدام موضعي / تقطير في العين.
الجرعة والتحذيرات:

اقرأ نشرة التعليمات الموجودة داخل العلبة بحذر قبل
استخدام هذا الدواء. يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 م.
لا يستخدم بعد مرور 28 يوما من تاريخ فتح العبوة.
لا يتلع. يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

MAG147A02-08.08

liposic®
ليبوزيك
Gel ophtalmique
Carbomère 980
Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

liposic®

Gel ophtalmique
Carbomère 980

ليبوزيك

هلامه للعين
كاربومير 980

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

تاريخ الصنع / Date fab.

تاريخ الانتهاء / Exp.

رقم الدفعة / Lot

COMPOSITION : Carbomère 980 : 200 mg.
Excipients : (cétimide, sorbitol, triglycérides à chaîne
moyenne, hydroxyde de sodium, eau purifiée) q.s.p. 100g.
Tube de 10 g.

المكونات: كاربومير 980: 200 مغ. السواغات هي: (سيتريمييد،
سوربيتول، جلسيريدات الثلاثية متوسطة السلسلة، صوديوم
هيدروكسيد، ماء مطهر) ك.ك.ل 100 غ. أنبوب سعة 10 غ.

Médicament autorisé : N° 359 310
D.E Algérie n° 096/17N133/08
AMM Tunisie n° 5283171

أ.م.م. رقم 359 310-1
م.ت. الجزائر رقم 096/17N133/08
AMM تونس رقم 5283171