

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
 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'Hora Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 2480	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : LATIGUL MOHAMMED		
Date de naissance : 01 07 1950		
Adresse : BV. GLMA SHERB ALARABI - N°4 OUJDA		
Tél. : 05 36 65 08 81	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> DR MEGHERBI CHAFIK OPHTHALMOLOGUE </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 6 Bd. Mohamed 5 - OUJDA Tel: 0530 69 16 06 - 0624 21 81 55 </div> </div>		
Date de consultation : 18/09/2020		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Sechesse		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-plconfidential 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) :

Le : / /



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant detaille des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
18/09/2022	C		250dh.	INP : 08M62646 Dr MEGHERBI CHAFIK OPHTHALMOLOGUE 045 - OUJDA 218155

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Ben PHARMACEUTIQUE BELMOSA LTD. Bédat BENIMOSTA LTD.	11.05.36-65-07-08	2(6/8)				242,00

Cachet et signature du Particien	
TEL: 05.36.65.05.93	Lot BEIN D'ELMOSSTRAEDE
DIAS DE PHARMACEUTIQUE	DIAS DE PHARMACEUTIQUE
BEIN D'ELMOSSTRAEDE	BEIN D'ELMOSSTRAEDE
05.36.65.05.93	05.36.65.05.93

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Dr Chafik MEGHERBI

OPHTHALMOLOGISTE

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

اختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le vendredi 18 septembre 2020

Madame Meryem LATIGUI

Mettre dans les 2 yeux

Ocuyal Gel collyre: 1 goutte 4 fois par jour pendant 03 mois

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

PHARMACIE BADR OUDAI
LILYAS BELMANSIYA DRAR
Dr Ben BENI DRAR
TEL: 05.36.65.03.03

241.00

Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTHALMOLOGUE
6 Bd Mohammed V - OUJDA
Tél.: 0536 69 13 06 - 0624 21 81 00

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليامي، الطابق الثاني - وجدة (أمام فندق وجدة و بجانب مقهى بروفدونس)
6, Bd Mohammed V - Imm El yamani, 2^{ème} étage - Oujda (en face hôtel Oujda et à côté café la providence)
ICE 001713651000035 - Tél.: 05 36 69 16 06 - GSM: 06 24 21 81 55 - Email: c.megherbi@gmail.com

Dr Chafik MEGHERBI

OPHTHALMOLOGISTE

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

اختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le vendredi 18 septembre 2020

Madame Meryem LATIGUI

Monture + verres

2 paires

Oeil droit

Sphère : +3,50
Cylindre : -1,00
Axe : 90°
Addition: 3,00

Oeil gauche

Sphère : +2,50
Cylindre : -0,75
Axe : 65°
Addition: 3,00

Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTALMOLOGUE
6, Bd Mohammed V - OUJDA
Tel.: 0536 69 13 06 - 0624 21 81 55

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليماني، الطابق الثاني - وجدة (أمام فندق وجدة و بجانب مقهى بروفونس)
6, Bd Mohammed V - Imm El yamani, 2^{ème} étage - Oujda (en face hôtel Oujda et à côté café la providence)
ICE 001713651000035 - Tél.: 05 36 69 16 06 - GSM: 06 24 21 81 55 - Email: c.megherbi@gmail.com

FR COMPOSITION :

Carbamère 974P.....0,300 g

Pour 100 g de gel ophtalmique

Chlorure de benzalkonium, sorbitol,
hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Excipient à effet notoire :

chlorure de benzalkonium
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Titulaire / Exploitant

Détenteur de la DE

LABORATOIRES THEA

12, rue Louis Blénot

63017 CLERMONT-FERRAND

CEDEX 2

FRANCE

الملك / المستثمر / صاحب مقر التسجيل

THEA

مخابر تينا

12 شارع لويس بليريو

63017 كلير蒙ت فرانس سيدكين 2

فرنسا

Après ouverture du tube, le produit
ne doit pas être conservé plus de
4 semaines.

Voie ophtalmique.

Lire la notice avant utilisation.

INDICATIONS D'UTILISATION :

Ce médicament est un gel
ophtalmique.

Il est préconisé pour soulager
les symptômes d'irritation liés
à la sécheresse oculaire (quand il
existe une insuffisance de larmes).
**TENIR HORS DE LA PORTÉE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

Ne pas avaler.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

Médicament autorisé
N° : 3400933194819

Code CIP 13



3400933194819

Fabricant

FAMILIA THEA FARMACEUTICI S.P.A.

Via E.Fermi, 50

20019 SETTIMO MILANESE (MI)

ITALIE

المُنتَج
فاميليا - تينا فارماستوتشي ش. ب.أ.
فيلا E فيرمي، 50
20019 - ستيمو ميلانيز (م.ي)
إيطاليا



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH



• Théa

جيـل لـارـم، هـلام لـلـعـيـن

Gel-larmes®

Gel ophtalmique

Carbomère 974P

Tube de 10g

كربومير 974P

أنبوب يحتوي على

10 غ

FR COMPOSITION :

Carbomère 974P.....0,300 g
Pour 100 g de gel ophtalmique.

Chlorure de benzalkonium, sorbitol,
hydroxyde de sodium, eau purifiée.

Excipient à effet notoire :
chlorure de benzalkonium
A conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Après ouverture du tube, le produit
ne doit pas être conservé plus de
4 semaines.

Voie ophtalmique

Lire la notice avant utilisation.

INDICATIONS D'UTILISATION :

Ce médicament est un gel
ophtalmique.

Il est préconisé pour soulager
les symptômes d'irritation liés
à la sécheresse oculaire (quand il
existe une insuffisance de larmes).

TENIR HORS DE LA PORTÉE
ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Ne pas avaler.

Médicament non soumis à
prescription médicale.

Médicament autorisé
N° : 3400933194819

Code CIP 13



3400933194819

Titulaire / Exploitant

Détenteur de la DE

LABORATOIRES THEA

12, rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND
CEDEX 2
FRANCE

الملك / المستثمر / صاحب مقر التسجيل

THEA

شارع لويس بلريو

12
63017 كلير蒙ت فراند سيدكس 2

فرنسا



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph, Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH



Fabricant

FARMILA THEA FARMACEUTICI S.P.A.

Via E.Fermi, 50

20019 SETTIMO MILANESE (MI)

ITALIE

المـنـتـجـ فـارـمـاـلاـ - تـيـناـ فـارـمـاسـوـتـيـشـيـ شـ.ـبـ.ـ.

فـيـياـ Eـ فـيـرـميـ ، 50

20019 - سـيـتـيـمـوـ (ـمـيـ)

إـيطـالـياـ

• Théa

INDICAZIONI

Allevia le irritazioni oculari causate dall'uso prolungato di lenti a contatto, da secca oculari, da insufficiente lacrimazione, da pollini o polvere, menopausa, traumi post-operatori.
Grazie all'acido ialuronico, il lubrificante naturale delle articolazioni, non immunogenico e non tossico, previene e lenisce i disturbi tipici legati all'uso prolungato di ogni lente a contatto.

Non congelare, tenere lontano da fonti di calore.

INDICAZIONI

Allevia le irritazioni oculari causate dall'uso prolungato di lenti a contatto, da secca oculari, da insufficiente lacrimazione, da pollini o polvere, menopausa, traumi post-operatori.

Grazie all'acido ialuronico, il lubrificante naturale delle articolazioni, non immunogenico e non tossico, previene e lenisce i disturbi tipici legati all'uso prolungato di ogni lente a contatto.

Non congelare, tenere lontano da fonti di calore.

**ISOPHARM
OcuYal
79.50 DH**

Microglicin 50, acqua deionizzata.

CONTENUTO

1 flacone da 10 ml
1 prospetto illustrativo

SCHALCON S.p.A.
Viale Enrico Ortolani, 195
00125 ROMA Italy

CE 0477 STERILE A

**ISOPHARM
OcuYal
79.50 DH**

Microglicin 50, acqua deionizzata.

CONTENUTO

1 flacone da 10 ml
1 prospetto illustrativo

SCHALCON S.p.A.
Viale Enrico Ortolani, 195
00125 ROMA Italy

CE 0477 STERILE A

8 019894 803026

LOT



OCUYAL

plus 3

GOUTTES OCULAIRES
LUBRIFIANTES
APAISANTES À BASE
D'ACIDE HYALURONIQUE

schalcon®

10 ml

8 019894 803026

LOT



8 1