

# 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 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

M22- 0049264

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10558 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Med  
Nom & Prénom : MESSAS Med  
Date de naissance : 16/03/36  
Adresse :  
Tél. : 06-62-42-2113 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. SOUMAYA CHEF - H. HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Oukhrouf Ben Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47  
Date de consultation : 12/06/2023  
Nom et prénom du malade : SINIF Fatima Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Amétropie  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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

12/06/23 Cr 300,00 dh

Dr. Soumaya CHEFFI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Othman Ben Affan  
Tel: 0522 52 48 47

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

12/06/23 2200

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

13/06/2023 3000,00 dh

ENNAJEM OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
77, Rue Errazi Hay Yasmine Boudia  
Tél: 05 203.00.88 / 06.53.48.23.15

# 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

Diagramme dentaire (H, B, D, G) avec numérotation des dents.

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Diagramme dentaire (H, B, D, G) avec numérotation des dents.

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



Numéro de facture: 1356 / 2023

Date de facture: 13/06/2023

Prescription par docteur: Sammaoui chebeli

Client(e): SINIF Fatima

No de Nomenclature Correspondant la prescription	OD: +0.10 (-0.10 à 180°)	ADD: +2.75
	OG: plus (-0.10 à 50°)	

Quantité	Articles	Prix	Total
1	Monture optique	400,00	400,00
2	verres progressifs org AR MV 1.6 AR bleu	1300,00	2600,00
		Total:	3000,00 HT



065023079

ENNAJEM OTMANE  
ENNAJEM OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
77. Rue Errazi Hay Yasmia Berrechid  
Tel: 05 22 03 00 88 / 06 53 48 23 15

Siège social: 77 RUE ERRAZI HAY YASMINA 26100 BERRECHID TEL: 0522030088 / 0653482315-  
T.P: 40700771 - R.C: 22748 - I.F: 33635032 I.C.E: 002223401000018

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**OPHTALMOLOGISTE**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

إختصاصية في أمراض وجراحة العين

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

**12/06/2023**

**Mme SINIF Fatiha**

**Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Antireflets multi-couches**

**Vision de loin :**

**OD = + 0.50 (- 0.50 à 180°)**

**OG = Plan (- 0.50 à 5°)**

**Vision de près :**

**ODG = Add : + 2.75**

ENNAJEM OTHMANE  
ENNAJEM OPTIQUE  
Opticien Optométriste  
77, Rue Errazi Hay Yasmine Berrechid  
Tel: 05.22.03.00.88 / 06.53.48.25.13

22,00  
**1/ SICCAPROTECT : collyre**

**1 Goutte 3fois/jour , dans les deux yeux**



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47



# سيكابروتكت<sup>(٤)</sup> قطرات العين

ديكسبانتيينول و بولي فينيل الكحول

## الشكل الصيدلي :

قطرات العين : قنينة بقطارة من فئة 10 ملل.

التركيبية : ديكسبانتيينول

بولي فينيل الكحول

كل مل 30 ملغ

كل مل 14 ملغ

## السواغات :

هيدروجين فوسفات البوتاسيوم، فوسفات ثنائية البوتاسيوم، مياه للحقن.

## السواغات المعروفة التأثير :

كلوريد البنز الكونيوم.

## النوع الصيدلي والعلاجي :

دموع مصطنعة.

## الاستعمالات العلاجية :

علاج أعراض جفاف القرنية والملتحمة الناتجة عن اضطرابات في الإفرازات الدمعية إما بسبب مرض موضعي أو جهازى، أو إغلاق غير كافى للجفن.

ترطيب العدسات اللاصقة الصلبة عند الاستخدام.

## موانع الاستعمال :

لا يستعمل هذا الدواء في حالة فرط الحساسية لأي مكون.

## الاحتياطات :

لا ينبغي تطبيق قطرات العين سيبابروتكت<sup>(٤)</sup> عند ارتداء العدسات اللاصقة اللينة (المائية).

يجب إزالة العدسات اللاصقة اللينة قبل تقطير قطرات العين سيبابروتكت<sup>(٤)</sup> وإعادتها بعد 15 دقيقة في وقت لاحق.

## كمية و طريقة الاستعمال :

غرس 6 قطرات في اليوم في كيس الملتحمة.

تغرس قطرات العين سيبابروتكت<sup>(٤)</sup> في كيس الملتحمة. لهذا، أمل الرأس للخلف، وأنظر إلى الأعلى، أسحب بلطف الجفن السفلي إلى أسفل. أغرس قطرة في داخل الجفن بالضغط برفق على القنينة. تجنب الاتصال بين طرف القنينة والعين. أغلق عينيك ببطء. مباشرة بعد الاستعمال، يجب إغلاق القنينة بالغطاء.

## الحفظ :

لا تتجاوز تاريخ انتهاء الصلاحية المشار إليه على العبوة الخارجية.

يستخدم في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنينة.

إغلاق القنينة بعد الاستخدام.

يجب تخزين هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

معلومات كاملة ومفصلة عن هذا الدواء متوفرة عند الطبيب والصيدلي الخاص بك.

لا تترك الأدوية في متناول الأطفال.

## تاريخ المراجعة :

أكتوبر 2015.

## الصانع :

إرصادفام أرزتيमितل

التقاطع الصناعي، 66129 صاربروكين، ألمانيا.

## المستفيد :

مخابر ستيريفارما

المنطقة الصناعية ليندا، رقم 347 سيدي معروف-الدار البيضاء.

الهاتف: 00212 522 97 20 89

الفاكس: 00212 522 97 20 56

أمين الطاهري، الصيدلي المسؤول

Lire attentivement la notice

## Siccaprotect® Collyre

Dexpanthénol et Alcool polyvinylique

### Présentation:

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

### Composition:

	Par	ml
- Dexpanthénol	30	mg
- Alcool polyvinylique	14	mg

### Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables.

### Excipient à effet notoire:

Chlorure de benzalkonium.

### Mode d'action:

Larme artificielle

### Indications:

Traitement symptomatique du dessèchement cornéen et conjonctival suite à des troubles de la sécrétion lacrymale dus soit à une affection topique ou systémique soit à une fermeture insuffisante de la paupière.

Humidification des lentilles de contact dures lors de l'utilisation.

### Contre-indications:

Hypersensibilité à l'un des composants.

### Précautions d'emploi:

Le collyre Siccaprotect® ne doit pas être appliqué lors du port de lentilles de contact souple (hydrophiles). Les lentilles de contact souples doivent être enlevées avant l'instillation du collyre Siccaprotect® et ne doivent être remises que 15 minutes plus tard.

### Posologie et mode d'administration:

Instiller 6 gouttes par jour dans le cul-de-sac conjonctival.

Le collyre Siccaprotect® est à instiller dans le cul-de-sac conjonctival. Pour cela incliner la tête légèrement en arrière, regarder vers le haut et éloigner la paupière inférieure de l'œil. Faire tomber une goutte dans le cul-de-sac conjonctival en appuyant légèrement sur le flacon. L'ouverture du flacon ne doit pas entrer en contact avec l'œil. Fermer doucement l'œil après l'instillation. Refermer le flacon immédiatement après usage.

### Conservation:

Ne pas dépasser la date limite d'utilisation indiquée en clair sur l'emballage.

A utiliser dans les 6 semaines après ouverture du flacon.

Bien refermer le flacon après usage.

Ne pas stocker à plus de 25°C.

L'information complète et détaillée sur ce médicament est à la disposition de votre médecin et de votre pharmacien.

**Ne pas laisser à la portée des enfants!**

### Date de révision:

Octobre 2015.

### Fabricant:

URSAPHARM Arzneimittel GmbH  
Industriestraße, 66129 Saarbrücken, Allemagne

### Exploitant:

Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf, Casablanca - MAROC  
Tel.: 0 02 12 22 97 20 89, Fax: 0 02 12 22 97 20 56  
Amine Tahiri. Pharmacien Responsable

