

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

173823

## Déclaration de Maladie : № S19-0053174

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8241 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR Si ELHASSAN Date de naissance : 26/11/63

Adresse : N°4 Rue N°4 AL QODS 3 LISSASFA CASA

Tél. : 0521456897 Total des frais engagés : 509,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Dalila SBAI IDRISI**  
**Ophthalmologiste**  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06  
INPE: 091033101

Date de consultation : 24 JUIL 2023

Nom et prénom du malade : JAAFAR SI HAIL Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vise à refaire la dentition

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 : CASA Le : 20 AOÛT 2023

Signature de l'adhérent(e) : J.S.B ACCUEIL 16/08/2023

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
04 JUL 2013	Ophtalmologie	5	100,00	<b>DR. DRISS</b> Ophthalmologiste 84, Bd Mly Driss 100 Tél: 05 22 65 20 97 INPE: 091033100

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARLAU 140 Lot Simralda Lissasfe Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 97	04/07/13	109,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophthalmodiagliste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le ..... 04 juillet 2023 .....

Mr JAAFAR Ismail

١٥٩,٥٢

HYE COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour pdt 1 mois

dans les deux yeux

**PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L.A-U  
140 Lot Smiralda Lissasfa  
Casablanca  
Tel/Fax : 05 22 65 20 07**

Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophthalmodiagliste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص



8 032668 870147

STERILE A

CE 0546



Importateur/Distributeur:  
B2S Health Services, 9, Avenue  
Mohamed Belhassan El Ouazzani --  
Centre Commercial  
Dar Essalam-Souissi – Rabat

The lubricant, moisturising and protective qualities of sodium hyaluronate relieve irritation, dryness, burning and foreign body sensation due to environmental elements (wind, sun, smoke, dry air), visual stress (excessive light and prolonged use of computers) or mechanical factors (contact lenses use, after ocular surgery), providing a long lasting relief. The product is for external ophthalmic use only. Do not use after the expiry date shown on the pack. Do not use if you are sensitive to any of the components. Once opened, the bottle can be used within 30 days. Keep out of the sight and reach of children. Remove contact lenses before use.

Les qualités lubrifiantes, hydratantes et protectrices d' hyaluronate soulagent l'irritation, la sécheresse, les brûlures et les sensations de corps étranger dues aux éléments environnementaux (le vent, le soleil, la fumée, l'air sec), au stress visuel (excès de lumière et utilisation prolongée de l'ordinateur) ou aux facteurs mécaniques (port de lentilles de contact, post chirurgie oculaire), procurant un effet apaisant à long terme. Le produit est à usage ophtalmique externe exclusivement. Ne pas utiliser après la date de d'échéance indiquée sur la boîte. Ne pas utiliser si vous êtes sensible à l'un des composants de la préparation. Après l'ouverture, le flacon peut être utilisé dans les 30 jours qui suivent. Conserver le médicament hors de la portée des enfants. Retirer les verres de contact avant utilisation.

# Hye

Lubricating ophthalmic solution

Sodium Hyaluronate 0.4%

Solution ophtalmique  
lubrifiante à base de  
Hyaluronate de Sodium  
0.4%



10 ml  
bottle  
Flacon de  
10 ml

FARMIGEA