

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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



173223

Déclaration de Maladie : N° 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 S. ELHASANE Date de naissance : 26/11/68
Adresse : N°4 Rue N°4 ALQODS 3 LISSASFA CASA
Tél : 0661456897 Total des frais engagés : 509,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 JUL 2023
Nom et prénom du malade : JAAFAR ISMAIL Age:
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vision déficiente + Affection
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 : 16/08/2023

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 Reçu des Honoraires
04 JUL 2023	92	5	4500	Dr. Ophthamologue 84, Bd Mly Driss 1 Tél: 05 22 65 20 07 INPE: 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAT S.A.R.L. A-U 140 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax: 05 22 65 20 07	04.07.2023	109,2

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 04 juillet 2023

Mr JAAFAR Ismail

ح.م.م

HYE COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pdt 1 mois

dans les deux yeux

HARMACIE SARANAZ

S.A.R.L.A.U

140 Lot Smirakda Lissasfa

Casablanca

Tel/Fax : 05 22 65 20 07

Jr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd My Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص



8 032668 870147

STERILE A

CE 0546



Importateur/Distributor:
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