

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 - 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

N° W21-814855

19/100



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

3590

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IDRISSI MAIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18 JAN. 2024

Nom et prénom du malade :

IDRISSI MAIMA

Age:

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 :

Le : 18/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
18 JAN. 2024	C~		300,00 DH	INP : 1019140354 Dr. Soumaya CHEBDI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibou Nafii Berrechid Tél : 0622 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LOTISSEMENT ZOUBIDA ot. Zoubida Centre Commercial Zoubida N° 104 - BERRECHID	18/01/2024	22,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

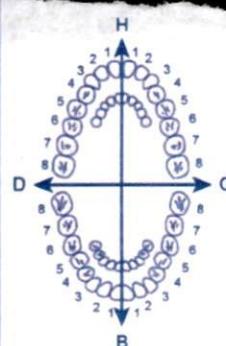
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

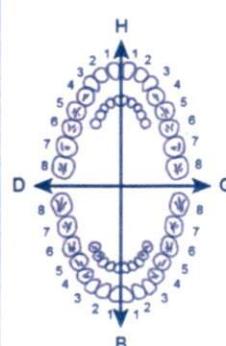
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
4.Bd Med V Berrechid Tél : 06 22 32 53 55 OPTICLINS	01/01/2024	100	100	100	100	4000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

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

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



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le
18/01/2024

Mme IDRISI Naima

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

Vision de loin :

OD = + 0.75

OG = + 0.75 (- 0.25 à 95°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

22,00

1/ SICCAPROTECT : collyre



PHARMACIE LOTISSEMENT
ZOUBIDA
Lot. Zoubida Centre Commercial
Zoubida N° 104 BERRECHID

1 Goutte 3fois/jour , dans les deux yeux

22,00

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tel : 05 22 32 48 47

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.

Fabriquant:

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

BD 15007

32.1016 LCB

 **URSAPHARM**

Lire attentivement la notice

Siccaprotect® Collyre

Dexpanthénol et Alcool polyvinylelique

Présentation:

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

Composition:

Par ml

- Dexpanthénol 30 mg
- Alcool polyvinylelique 14 mg

Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables

Excipient à effet notoire:

Chlorure de benzalkonium.

Mode d'action:

Larme artificielle

Indications:

Traitements symptomatiques 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:

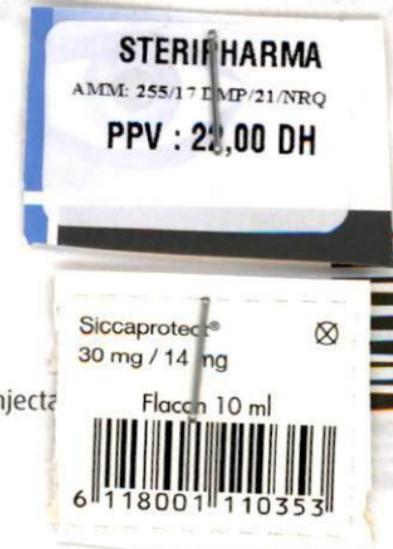
Hypersensibilité à l'un des composants.

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 verre optique progressif est conforme au norme et exigence international
ZI Sidi Omar Lot N°2 - Casablanca - Maroc - Tél.: 05 22 90 36 36
Email: laboratoire.houria@gmail.com
Site web: www.laboratoirehouria.com

LOH

Free Form
PRO

FREE FORM PROMO CR39 1.5 BLANC

SPH	OEIL CYL	GAUCHE AXE	ADD
+0.75	-0.25	95	+2.75

Free Form
PRO

PROGRESSIF LENSES





Le verre optique progressif est conforme au norme et exigence international

LOH

ZI Sidi Omar Lot N°2 - Casablanca - Maroc - Tél.: 05 22 90 36 36

Email: laboratoire.houria@gmail.com

Site web: www.laboratoirehouria.com

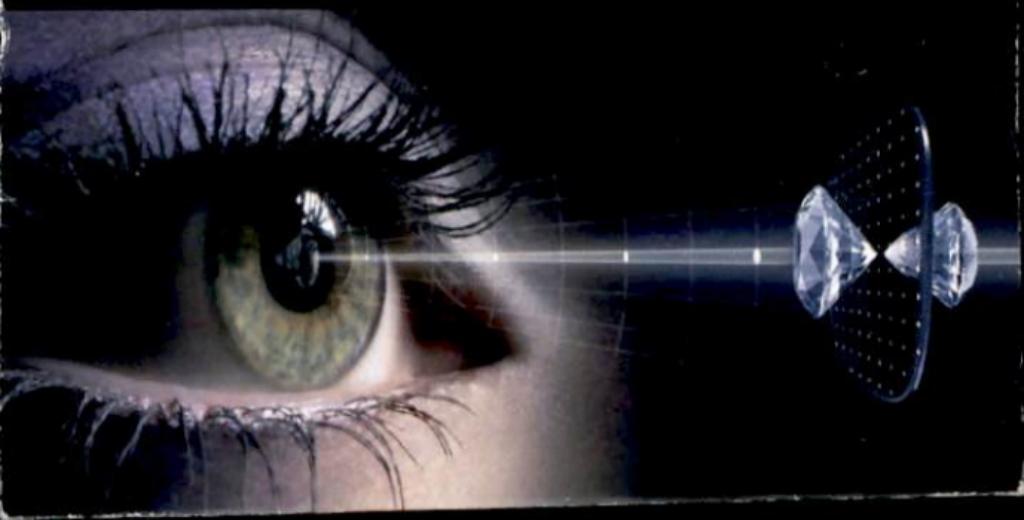


FREE FORM PROMO CR39 1.5 BLANC

SPH	<u>OEIL</u>	<u>DROIT</u>	
+0.75	CYL	AXE	ADD
	+0.00	0	+2.75



PROGRESSIF LENSES



FELICITY OPTIC 5

- OPTICIENS -

IMM. 9 M4 CHEKROUNIA - BD MOHAMED V

TEL/FAX 0522325354

LE 01/02/2024

FACTURE N°221344

MME IDRISI NAIMA

ORDONNANCE DU DOCTEUR M./MME. CHEBIHI

FOURNITURES :

QTE	DESIGNATION	MONTANT
VISION DE LOIN		
1	MONTURE	1500,00
2	VERRES PROG ORG BLU UV AR 1,56 DIAM 65MM Œil Droit : +0,75 Œil Gauche : +0,75 (-0,25 à 95°) ADD +2,75 ODG	3300,00
MONTANT TOTAL EN DHS :		4800,00
DONT TVA INCLUS 20% :		960,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE MILLE HUIT CENT DIRHAMS

RC BERRECHID 4765-PATENTE 40700448-CNSS 8139918-IP 40118061

ICE : 001655881000065 - INPE : 065018715

