

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | per@mupras.com      |
| O 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 Aït Ben Abdellah - 5ème étage Angle Rue Mohamed Fakhri et Rue Aït Ben Abdellah - Quartier de l'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (4G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-573085

ND: 43 863 M-H

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 8741 Société: R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom: JAAFAAR Si ELHASSANE

Date de naissance: 26/11/67

Adresse:

Tel: 0664 456 897 Total des frais engagés: Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. DELIA SBAI IDRISSI  
Ophtalmologiste  
34, Bd. My Driss 1er  
Tél. 05 22 86 06 06  
INPE: 091033100

Cachet du médecin:

Date de consultation: 28 SEP. 2020

Nom et prénom du malade: JAAFAAR Si ELHASSANE Age:

Lien de parenté: ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie: Affection oculaire

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: 28/09/20

Signature de l'adhérent(e): JAA

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Signatures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28 SEP 2020	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	2508	INPE: 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISSI Ophtalmologiste 84, Bd. My Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	28/09/20	778

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée l'acte pratique 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'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<p>H</p> <p>D ——— G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, thérapeutique, ou autre à la profession</p>			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	



# 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 28 septembre 2020

Mr. JAAFAR Si El Hassane

23/10  
OPTIPRED

1 gtte / h x 48 h

1 gtte x 8 / j x 48 h

1 gtte x 6 / j x 1 semaine

1 gtte x 5 / j x 1 semaine

سباي  
TOBRADEX : pde



1 application / jour, le soir au coucher, 10 jours

-----  
œil gauche

7/10  
**PHARMACIE SARANAZ**

S.A.R.L.A.U

140 Lot Smiralda Lissasfa

Casablanca

Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophthalmologiste  
84 Bd Moulay Driss 1er  
Tél : 05 22 86 06 06

# Optipred<sup>®</sup>

Acétate de prednisolone



Suspension Ophtalmique Stérile

## 5ml

 جمجوم فارما  
Jamjoom Pharma

PPV : 23 DH 40



12501223-01

 Ophthalmics

# Optipred<sup>®</sup>

Acétate de prednisolone

Chaque 1 ml contient:

10 mg d'acétate de prednisolone,

Excipient à effet notoire :

0.06 mg de chlorure de  
benzalkonium (conservateur).

Bien agiter avant utilisation.

Pour instillation oculaire.

A conserver à une température  
entre 15 et 25 °C.

Tenir hors de la portée des enfants.

Ne pas utiliser plus de 30 jours  
après ouverture du flacon.

Lire attentivement la notice.

Fabriqué par:

Jamjoom Pharmaceuticals Co., Ltd.,  
Jeddah, Arabie Saoudite.

b

bottu

16, Allée des Casuarines - Ah Sebâs - Casablanca - Maroc

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

1

