

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument 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 | peri@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W19-573085

ND: 43 863 M-A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8741			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : JAAFAR si ELHASSANE			
Date de naissance : 26/11/67			
Adresse :			
Tel : 0661 456 897 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Djella SBAI IDRISI Ophthalmologist 84, Bd. My Driss 1er Tel. 05 22 86 06 06 INPE : 091033100			
Date de consultation : 28 SEP. 2020			
Nom et prénom du malade : JAAFAR si ELHASSANE Age : 53			
Lien de parenté : Lui-même			
Nature de la maladie : Allergies oculaires			
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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 28/09/20

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Signatures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
28 SEP 2000	Dr. Dalia SBAIID	25000	INP : INPE : 09103	
			Ophtalmologie	
			84, Bd. My Driss	
			Tunis - 05 22 86 06	

A rectangular stamp with a blue ink border. The text "PHARMACIE SARIAU" is at the top, followed by "Casablanca" and "140 Lot Smiralda Tissaf". Below that is "Tel/Fax : 05 22 65 20 01". At the bottom, it says "Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur" and has a date "14/05/2005".

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE S.A.R.L.A.U. Lot Smirnov Lissashev Casablanca T: 05 22 65 20 07	22/03/20	271.8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitée. L'acte pratique en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de problèmes ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

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

خطفط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 28 septembre 2020

Mr. JAAFAR Si El Hassane

23/09
OPTIPRED

1 gtt / h x 48 h

1 gtt x 8 / j x 48 h

1 gtt x 6 / j x 1 semaine

1 gtt x 5 / j x 1 semaine



Spm
TOBRADEX : pde



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

23/09
œil gauche

PHARMACIE SARANAZ

S.A.R.L.A.U

140 Lot 6 Miralda Lissasfa

Casablanca

Tél/Fax : 05 22 65 20 07

*Dr. Dalila Sbai IDRISI
Ophtalmologiste
Bd. Moulay Driss 1er
Tel : 05 22 86 06 06*

Optipred®

Acétate de prednisolone



Ophthalmics

Optipred®

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.

5ml

ج.م.ع. فارما
Jamjoom Pharma

PPV : 23 DH 40

6 118001 040643



bottu...
15, Allée des Casuarinas - Aih Setala - Casablanca - Maroc
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

1



12501223-01