

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... Côte... 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

144408

Déclaration de Maladie : N° S19-0053163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 87011 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAAFAAR ISRAEL Date de naissance : 26-11-67

Adresse : N° 44 Rue N° 4 AL PODS 3 LISSASFA CASA

Tél. : 06614106897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste
84, Bd Mly Gries 1er
Tél: 06 22 86 96 96
INPE: 091033100

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : JAAFAAR ISRAEL Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Alerte, selas, a l'heure de l'effort

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 : CPSA

Le : 04/01/23

Signature de l'adhérent(e) : J.S.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet de signature du Médecin atteignant le Cabinet des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26/11/2022 | Ophtalmologie | 3 | 4000 | Dr. Della SRAI IDRISS 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 06 22 86 06 06 INPE: 091033100 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|---|
| PHARMACIE SARANA2 <u>S.A.R.L.A.U</u> 140 Lot Smiralda Lissasta Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07 | 26/11/2005 | PHARMACIE SARANA2 <u>S.A.R.L.A.U</u> 140 Lot Smiralda Lissasta Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07 |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

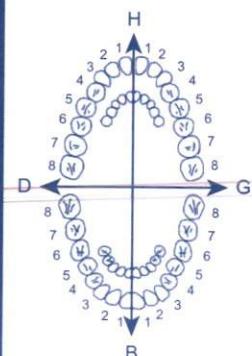
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophthalmologiste

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)

بالأمراض فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 26 novembre 2022

Mr JAAFAR Ismail

LIPOSIC GEL

1 Application généreuse le soir au coucher, pendant 1 Mois

dans les deux yeux



لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

COMPOSITION: Carbomer 980: 200 mg.
COPOLYMER: Carbomer 980: 200 mg.
moyogummé: hydroxyacrylate de sodium, acryl purniféé) q.s.p., 100g.
Titrage de 10 g.

maximum 28 ours.

NE PAS AVALER. NE LASSEZ NI A LA PORTE NI A LA VUE DES ENFANTS. A consérer à une température inférieure à 25°C. Après ouverture à conserver au réfrigérateur 38 jours.

13581 Berlin, Allmagaue
 Brunsbuttelner Damm 165/173
 Chem.-phar., Fabrik GmbH
 Dr. Gehrard Mann
 Dr. Gehrard Mann
 Nom de adresse fabriant / conditionneur
 34961 Montpellier Cedex 2 France
 416, rue Samuel Morse - CS 99535
 LABORATOIRE CHAUVIN
 DETERGENT DE LA DÉ / DELAMM:
 LAB-33 JI JUJIS, JUJIS-JI JUJIS
 DETR. 33 JI JUJIS, JUJIS-JI JUJIS



A standard linear barcode is located at the bottom right of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

Date de fab / صنعت في ٠٥ . ٢٠٢٢
Date Exp / صالح إلى ٠٤ . ٢٠٢٥
Lot / الحصة ٧٣٢

MAG012A04-09.08

LABORATOIRE CHAUVIN

ପେଟ୍ 086

٥٨٦

፳፻፲፭

Gel ophthalmique
Carbomére 980

liposic®