

# 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 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° S19-0053163**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8711 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JAA FAR ISMAIL Date de naissance : 26-11-62  
 Adresse : N°4, Rue N°4 ALPODS3, LISSASFA, CASA  
 Tél. : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Dalila SBAL DRUSSI**  
**Ophtalmologiste**  
 84, Bd Mly Gries 1er  
 Tél: 05 22 86 96 06  
 INPE: 091033100

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2022  
 Nom et prénom du malade : JAA FAR ISMAIL Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée de l'œil  
 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 : CASABLANCA Le : 24/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
26/11/2021	290	5	4000

Dr. Dalia SBAI IDRISSI  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss Fer  
Tél: 06 22 86 06 06  
INPE: 091033100

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

**PHARMACIE SARANAZ**  
S.A.R.L.A.U  
140 Lot Smiralda Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

**PHARMACIE SARANAZ**  
S.A.R.L.A.U  
140 Lot Smiralda Lissasfa  
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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

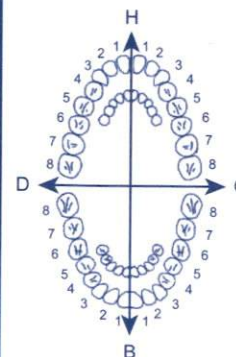
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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.....**26 novembre 2022**.....

**Mr JAAFAR Ismail**

**LIPOSIC GEL**

1 Application généreuse le soir au coucher, pendant 1 Mois

dans les deux yeux

**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  
Tel: 05 22 86 06 06

**لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص**

# INDICATIONS ET POSOLOGIE:

Lire attentivement la notice, l'insérer dans l'œil.  
NE PAS AVALTER. NE LAISSER NI A LA PORTEE NI A LA VUE DES ENFANTS. A conserver à une température inférieure à 25°C. Après ouverture à conserver au maximum 28 jours.

Liposic est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales. © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

# liposic®

Gel ophtalmique  
Carbomère 980

ملاصمة للعين  
كاربومير 980

حالات الاستعمال والمقارن:  
التهوية الناتجة. للقطرات في العين.  
لا ينبغي أن يتراكب في مقارن أو تحت نظر  
الأطفال. يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز  
25° مئوية. لا يجوز استعماله أكثر من 28  
يوم بعد فتح القارورة.

MA6012404-09-08

# COMPOSITION:

: 200 mg. Carbomère 980  
Excipients: (cétimide, sorbitol, triglycérides à chaîne moyenne, hydroxyde de sodium, eau purifiée) q.s.p. 100g.  
TUBE de 10 g.  
(سيترينيد، سوربتول، جلسيريد، الهيدروكسيد الصوديوم، الماء المقطر): 200 مل.  
كاربومير 980: 200 مل.  
التركيبة: 16/08/17N 133/096  
AMM France n° 359 310 1 6  
AMM Tunisie n° 5283171  
AMM France n° 359 310 1 6  
AMM Tunisie n° 5283171  
16/08/17N 133/096  
359 310 1 6  
رقصة فرنسا رقم: 5283171  
رقصة تونس رقم: 5283171  
سوربتول، جلسيريد، الهيدروكسيد الصوديوم، الماء المقطر، سيترينيد.

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



DÉTENTEUR DE LA D.E. / DE L'AMM:  
LABORATOIRE CHAUVIN  
416, rue Samuel Morse - CS 99535  
34961 Montpellier Cedex 2, France  
Nom et adresse du fabricant /conditionneur  
: اسم و عنوان المصنع / المصنع  
Dr. Gerhard Mann  
Chem.-pharm. Fabrik GmbH  
Brunsbütteler Damm 165/173  
13581 Berlin, Allemagne



BAUSCH + LOMB  
LABORATOIRE CHAUVIN

Date de fab /

منع في 05.2022

Date Exp / 04.2025

صلاح الى

Lot / 732

الحصاة

