

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-809523

18334



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

18334

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FOUADH MOURAD

Date de naissance :

17/08/50

Adresse :

LOTissement LAYMOUNE 1071 CASA

Tél. :

06 71 83 45 15

Total des frais engagés :

732,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL OUALI Loul
Ophtalmologue
Bd. Abou Badr El Kadiri Rés. Afifad
Casablanca - Tél: 0520 40 56 52

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FOUADH NISRING
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 :

Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RECEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
07.07.2023	482,00	PHARMACIE IDOUIRE SARL AU Dr. Jaffa IDOUIRE N°292 Avenue 25 Août Quartier Laimoune Hay Hassan Magasin N° 5 Casablanca TCE : 029540280000076

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Ouali Loubna

Chirurgien Ophtalmologiste



دكتورة الواي لبني

اختصاصية أمراض وجراحة العيون

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Ex responsable de l'unité d'ophtalmologie à l'HCK
- The CPD UK certification of masterclass of refractive surgery
- Diplômée en :
 - Surface oculaire - Tours - France
 - Chirurgie vitréo-rétinienne - Nancy - France
 - Chirurgie réfractive et cataracte - Bordeaux - France

- عضوة بالجمعية الاروروبية لامراض العيون
- رئيسة مصلحة العيون بمصحة الشيخ خليفة بن زايد سابقا
- شهادة CPD UK في جراحة العيوب الانكسارية
- حاصلة على دبلوم في :
- أمراض الحساسية والمام الرياحي (ناسسي - فرنسا)
- جراحة الشبكية والماء الرياحي (ناسسي - فرنسا)
- جراحة العيوب الانكسارية (بوردو ، فرنسا)
- جراحة الساد "الجلالة" و جراحة العيوب الانكسارية (بوردو ، فرنسا)



P.P.C : 147.00 DH

06 juillet 2023

Mme FOUADH Nisrine

BLEPHAGEL (propylène glycol.borate de na 1x147,00

application 1 appl le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

NAVILIPO

3 x 98,00 =



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

GEL larmes

1 x 41,00

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

total = 482,00

PHARMACIE IDOUDRE SARL AU

Dr. Jalila IDOUDRE

N° 292 Av des Facultés Quartier lalmaoune

Hay Hassani Hassanin N° 5

Casablanca

ICE : 002954028000076

دكتور الواي لبني، إقامة أحفاد، عمارة د، الطابق الأول، رقم 5، سيدى معروف - الدارالبيضاء

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Immeuble D, 1^{er} étage, N° 5, Sidi Maârouf - Casablanca

Tél : 05 20 40 59 59 / 06 18 04 52 41 - Email : drloubna.elouali@gmail.com

Dr. El Ouali Loubna
Chirurgien Ophtalmologue
Boulevard El Kadiri Rés. Ahfad
Casablanca - Tel. 0520 40 59 59

3 700822 600668

3 700822 600668

3 700822 600668

6 1118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
4, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH