

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

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

69752

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024059

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8198 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL OFIR Amal Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0522 917711 Total des frais engagés : 212,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. TAWFIK JELLAJ
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Bagdad
Tél. : 05.22.20.94.31 - Casablanca

Date de consultation : 01/05/2021

Nom et prénom du malade : 1^{er} Amal El OFIR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cynabulite OAC

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 : 01/05/21

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0024059

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8198

Nom de l'adhérent(e) : EL OFIR

Total des frais engagés : 212,00

Date de dépôt : 04/05/21

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/05/2021	CA		Gratuit	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INRA GIZ N°3 Bourgogne Cassa 93-39 05 22 94 90 39	201105181	211,02

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX									
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000	00000000	35533411
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	B												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Tawfik Jellal
Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
 Ex Résident de l'Institut du glaucome de la
 Fondation de l'hôpital Saint-Joseph à Paris.
 Membre de l'Institut Européen du Glaucome

MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX

* Angiographie

* Laser * Lentilles de contact

* Champ Visuel Automatisé



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

ال المجال البصري الآلي

العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : ...01/05/2021..

N° Ama 810 Fir

Dans les yeux :

79,00 Nawiinfla

75,00 levophta

58,00 Indocoll

818,00

PHARMACIE NICE
 24, Rue Bagdad
 Tél: 05 22 20 94 31
 Casablanca

Dr. T

OPHTALMOLOGISTE
 24, Rue Bagdad
 Tél: 05 22 20 94 31 - Casablanca



LEVOPHTA 0.05%
 Collyre 5ml

عيار/ عيار
 FAB/ تاريخ الانتاج/ 04-2020
 EXP/ تاريخ الانتهاء/ 03-2022

ZENITH PHARMA
 PPV 75.00 DHS
 AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/ عيار
 FAB/ تاريخ الانتاج/ 02-2020
 EXP/ تاريخ الانتهاء/ 03-2022

INDOCOLLYRE 0.1%
 Collyre 5ml

عيار/ عيار
 FAB/ تاريخ الانتاج/ 02-2020
 EXP/ تاريخ الانتهاء/ 07-2021

ZENITH PHARMA
 PPV 58.00 DHS
 AMM N° 155/19DMP/21/NRQDNM

24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage -Casablanca-
 Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

05.22.20.94.31 زنقة بغداد (زاوية زنقة أكادير ومصطفى المعاني) الطابق الأول-الدار البيضاء / الهاتف :