

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

soins 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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LIDARY MOSTAFA

Date de naissance : 10 08 1953

Adresse : Rue ABDE HAK AL KADMIRI

CAJA

0661321258

Total des frais engagés : 30800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Baghdad
Tél.: 05.22.20.94.31 - Casablanca

Date de consultation : 27/09/2021

Nom et prénom du malade : LIDARY MOSTAFA

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 08/09/2021

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie du Commerce Sportif Mme KADIRI HASSAN AL Fatima 63, Rue Mamoun Mohamed Tél : 05 25 25 07</p>	27/09/2021	58,00 dinar

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 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

المجال البصري الآلي

العدسات اللاصقة

Agree pour permis de conduire

Casablanca Le : 21/09/2021

N° Lidary Moutaha

58,00

Indocalyx

g

31/

15

58,00

Pharmacie du Complexe Sportif
Mme KADIRI HASSANI Fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Tél : 05 22 20 94 31

Pharmacie du Complexe Sportif
Mme KADIRI HASSANI Fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Tél : 05 22 20 94 31

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Baghdad
Tél. 05 22 20 94 31 - Casablanca

24 Rue Baghdad (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

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

05.22.20.94.31

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/

عبار LOT H7023
نارنج الايصال FAB 03-2021
نارنج اولتهاء EXP 08-2022

6118001270088

PPV : 58.00 DHS

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

COMPOSITION: Thiomersal; 0,1 g acide chlorhydrique concentré, eau purifiée q.s.p. 100 ml **EXTRACTION:** à effet douceur. **Thiomersal**

Indométhacine / ایندومتاسین
collyre en solution / چشم‌گذاریکاری

INDO-COLLYRE 0,1%
10,1%
جی ۱۰٪