

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

Données 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.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0006564

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581 Société : 94524
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LIDARY MOSTAFA
 Date de naissance : 10 08 1953
 Adresse : 5 Rue ABDELHAK AL KADMIRI
 CASA
 Tél : 0661324258 Total des frais engagés : 30800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27 09 2021
 Nom et prénom du malade : LIDARY MOSTAFA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Schiz
 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 : 18 09 2021 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
27/09/2021	u		20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Compagnie Sportif Mme KADIRI HASSAN Fatima 63, Rue Mamoun Mohamed Tél : 05 33 11 25 07	27/09/2021	58,00 dirham

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 الأتوماتيكي
العدسات اللاصقة



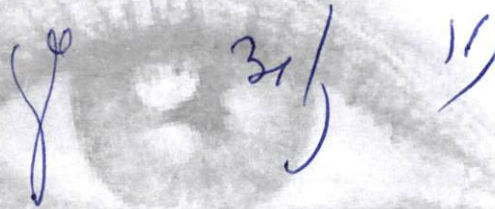
Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 24/09/2024

N° Lidary Dutafer

58,00

Indocyl



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
OPHTALMOLOGISTE
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/21/NRQDNM

○ LOT/ عيار

FAB/ تاريخ الانتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

H7023

03-2021

08-2022



6118001270088

PPV : 58,00 DHS



07200 AUBENAS - France

Z.I. Ripotier Haut

LABORATOIRE CHAUVIN

و عنوان المنتج و المصنوع :

conditionneur

Nom et adresse du fabricant :

AMM :

AMM Tunisie n° /

DE ALGERIE n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

34961 Montpellier Cedex 2, France

416, rue Samuel Morse - CS 99535

LABORATOIRE CHAUVIN

صاحب مختبر : جلال الرافعي

Détenteur de la DE/ de l'AMM :

AMM Tunisie n° /

DE ALGERIE n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

AMM Tunisie n° /

AMM France n° /

Uniquement sur ordonnance / فقط بوصفة طبية

Flacon de 5 ml / 5 مل

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

كلوريد صوديوم

احترام الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

collyre en solution / محلول / قطرات

Indométacine / إندومتاسين

0,1% / 0,1%

INDOCOLLYRE® 0,1%