

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° P19-0037347

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2984 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mr TMOULIK Mohamed Jamel

Date de naissance : 24 SEP 1955

Adresse : Rabat

Tél : 06 11 82 11 11 Total des frais engagés : 396 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19 / 04 / 2022

Nom et prénom du malade : TMOULIK Mohamed Jamel Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : correction optique

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 : Rabat Le : 19 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/04/2022	ln		300 DH	Dr. Omar El Fadili Ophtalmologiste mm.B. Rue Bait Lahem. Appt N° 17 Rabat - Tél: 05 37 73 44 17 GSM : 06 63 71 65 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Galaxy Santé Avenue Mohammed Belhassan El Ouazzani - RABAT Tél: 0537.63.60.56 Email: galaxy.sante@gmail.com	10/04/2022	908M

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE GALAXY SANTÉ Dr. ELFADILI Avenue Mohammed Belhassan El Ouazzani Rabat - Tél: 05.37.63.60.56	10/04/2022		

AUXILIAIRES MEDICAUX

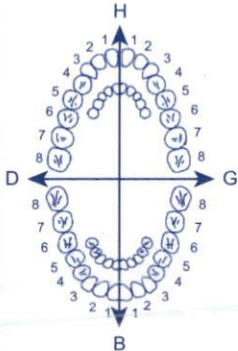
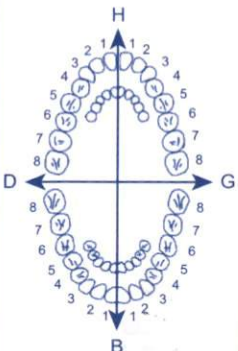
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 19 avril 2022

Mr. TMOULIK Mohamed Jamal
Eddine

1/ HYE COLLYRE

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

9/6x1 20 ✓
10 20 70 133

Pharmacie Galaxy Santé
Avenue Mohammed Belhassan
El Ouazzani - RABAT
Tél: 0537.63.60.56
E-mail : galaxy.santé@gmail.com

PHARMACIE GALAXY SANTE
Dr ELFADILI
Avenue Mohammed Belhassan Elouazzani
Rabat Tél: 05 37 63 60 56

Dr. Omar LEZREK
Ophtalmologiste
n.B. Rue Bait Lahem, Appt. N°4
Rabat - Tél.: 05 37 73 44 17
GSM : 06 63 71 65 75

Angle Avenue Mohamed V Rue Bait Lahem, Imm B Appt N°4, 2 étage-Rabat (Près de la Gare Rabat Ville)

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة بيت لحم، عمارة "ب" شقة رقم 4، الطابق الثاني الرباط (قرب محطة القطار الرباط المدينة)

Email: lazrakop talmo@gmail.com

Tel/Fax: 0537734417

GSM: 0663716575

Hye

Sodium hyaluronate 0.4%
Lubricating ophthalmic
solution

Composition: Sodium hyaluronate
0.4%, dibasic sodium phosphate;
monobasic sodium phosphate;
sodium chloride; benzalkonium
chloride; sodium edetate; water WFI.

The lubricant, moistens and pro-
tective qualities of sodium hyaluro-
nate relieve irritation, dry, burning
and foreign body sensations in the
eyes due to environmental elements
such as wind, sun, dry air, salt water,
smoke, excessive light, air conditio-
ning, heating, prolonged use of com-
puter or ocular surgery, conjunctivitis,
contact lens use.
The product should be used within
30 days from first opening.
Keep out of the reach and sight of
children. The product is for external
ophthalmic use only. Do not use after
the expiry date.



FARMIGEA S.p.A.
Via G.B. Oliva, 8
56121 PISA, Italy/Italia

Importateur: B2S Health Services, Villa 44,
lotissement Al Hanaa, Hay Nahda,
Doha



8 032668 870147

STERILE A

CE 0546

