

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2014 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR TMOURLIK Mohamed Jamal

Date de naissance : 24/08/1955

Adresse : 10000

Tél. : 0661182111 Total des frais engagés : 390,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OMAR LEZREK
Ophtalmologiste
Imm. B, Rue Bait Lahem, App. N° 17
Rabat - Tél. : 05 37 73 44 17
06 63 71 65 75

Date de consultation : 15/04/2022

Nom et prénom du malade : TMOURLIK Mohamed Jamal Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CORNE CLAIRE 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 : Meknès Le : 15/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES 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	U		300.00	Dr. Omar LEBRE Ophtalmologiste Rue Bait Lahem, Apt 1A 3abat - Tel: 0537734417 SMS: 0663716575

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Galaxy Santé Avenue Mohammed Belhassan El.Ouazzani - RABAT Tél: 0537.63.60.56 E-mail: galaxy.sante@gmail.com</p> <p>Net 1000 Dhs 133</p>	10/08/17	900 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE GALAXY SANTE Dr ELFADIL Avenue Mohammed VI Hassan 22330 Rabat - Tel: 06 37 63 66 56			

AUXILIAIRES MEDICAUX

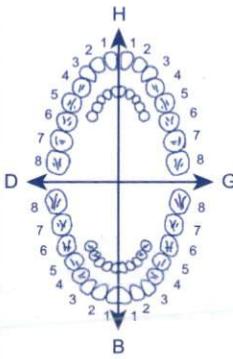
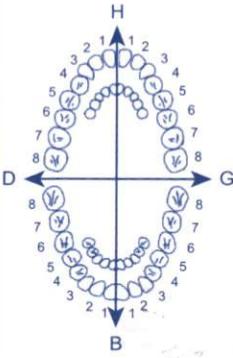
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												



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

01071 00 ✓
10 20 70 133

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

PHARMACIE GALAXY SANTÉ
Dr ELFADILI
Avenue Mohammed Belhassan Elouazzani
Rabat - Tél: 0537 63 60 56

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

PPC 93,90 DH

Hyc

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. Wf.

The lubricant, moisturising and protective qualities of sodium hyaluronate
natre 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 condition-
ing, sweating, prolonged use of com-
puter or cellular surgery, conjunctivitis,
conjunctivitis, etc.

Importateur B2S Health Services Villa 44,
Impresario Al Hanra, Hay Nachez - 1000
Via G.B. Oliva, 8
56121 Pisa, Italy/Italia

FARMIGEA S.p.A.


Keep out of the reach and sight of
children. The product is for external
use only. Do not use after
30 days from first opening.

The product should be used within
3 months from use.
Contact lens use.

Caution: Do not use if you have
smoke, excessive light, air condition-
ing, sweating, prolonged use of com-
puter or cellular surgery, conjunctivitis,
conjunctivitis, etc.

Keep out of the reach and sight of
children. The product is for external
use only. Do not use after
30 days from first opening.

Caution: Do not use if you have
smoke, excessive light, air condition-
ing, sweating, prolonged use of com-
puter or cellular surgery, conjunctivitis,
conjunctivitis, etc.

STERILE

CE 0546

25°

i

