

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- 0026433

160108

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SЛИTINE EL MGHARI MOULAY M'HAMED

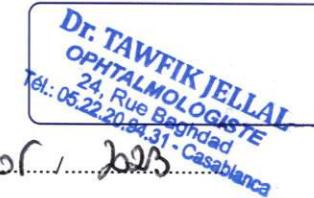
Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : LES JOYAUX DE BOUGOURA, LA VILLE VERTE,
BOUGOURA - CASABLANCA

Tél. : 06.68.41.92.20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2023 Nom et prénom du malade : Age : 79 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Congénitale opf Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Mr. h. 4

8



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
06/05/2023	ca		300,00	<i>DR. TAWANAKH LAO SANTO SANTO POUANKHANA</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie laplaza POULNAKHLA PHARMA Tél : 05 22 59 09 87 / 06 66 74 74 62	06.05.2023	58,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

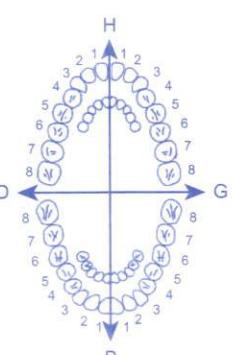
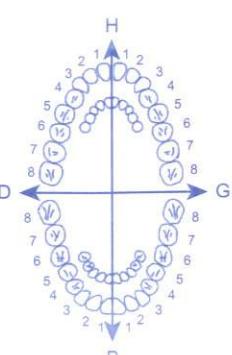
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Tawfik Jellal
Ophthalmodiagliste

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

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 06/01/2023

n° 8111 El Aghari Ay n'Hamed

Dans le 2ème

58,00
Indocoll

3/



1 mois

INDOCOLLYRE 0,1%	LOT/ عيار	H8956
Collyre 5ml	FAB/ تاريخ الإنتاج	10-2022
ZENITH PHARMA	EXP/ تاريخ الانتهاء	03-2024
ANM N°155/19/DMP/21/NRQDNM		

Barcode: 6118001270088
 PPV: 58,00 DHS

pharmacie
 le plaza
 MOULNAKHLA PHARMA
 Tél : 05 22 59 09 87 / 06 66 74 74 62

Dr. TAWFIK JELLAL
 OPHTHALMOLOGISTE
 24 Rue Bagdad
 Casablanca
 Tel. 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

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