

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

Informations 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.

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 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

N° P19-0031762

ND : 39426

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **330**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mina jablin Encoudi**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0653266680**

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **04/02/2020**

Nom et prénom du malade : **JABLIN MINA** Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Secheresse cutanée**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **11/11/11**

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 : _____

Le : **01/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

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
04/02/2020	16. Consultation	16. 200dh		<i>DR. YOUSSEF CHAFIK OPHTHALMOLOGISTE N° 6 Tél. 51.52.52.52.52 Tunis 10522 03.543</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AS/02/2020	Contrôle	
15/07/2020		482.00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, 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 35533411	21433552 00000000 11433553		
	D	G	B	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
G 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

Dr Ilyas CHAFIK



Spécialiste en Ophtalmologie

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- Diplômé de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO)
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO)
- Membre de la Société Européenne de Chirurgie réfractive et de Cataracte (ESCRS)

الدكتور إلياس شفيق

أخصائي في طب و جراحة العيون

• خريج كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

• خريج بجامعة بريطانية الغربية

• عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

• عضو بالجمعية الأوروبية لجراحة
المياه البيضاء و تصحيح النظر

Casablanca, le 15 juillet 2020

Mme JABLINA Mina

6, Imm. 14 CH 22 Lot. El Fenn
Dr. Ilyas CHAFIK
Médical Center

44.45

1/ CELLUVISC COLLYRE (N:4)

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux

76.10

2/ CORNEROGEL (N:4)

1 application 2 fois par jour , dans les deux yeux

482.00

Dr. Ilyas CHAFIK
6, Imm. 144 CH 22 Lot. El Fenn
Casablanca - Tél: 0522 89 35

Dr. Ilyas CHAFIK
6, Imm. 144 CH 22 Lot. El Fenn
Casablanca - Tél: 0522 89 35

Appt N°6, 2ème étage, lotissement 51, Résidence Yasmine 10 Madinat ERRAHMA

CASABLANCA - ICE : 002243410000065 - INPE : 091236760

Tél : 05 22 013 543 - E-mail : ilyaschafik@gmail.com



Corneregel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Corneregel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Corneregel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Corneregel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
6 118001 251414
PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
6 118001 030095
PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
6 118001 251414
PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose
6 118001 030095
PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR