

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse :

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

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° P19-0035508

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAKHACHATI SANAA
Date de naissance : 15/03/1966
Adresse : HAY AL WALAA TR6 Soc 1 IM 1 AP 124 Sidi Moussa
Tél. : 06 67 67 44 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|--|--|----------|---|--|----------|----------|--|----------|----------|------------|--|--|----------|--|----------|--|--|----------|--|--|--|
| | | | | Montant des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | | G | | 25533412 | 00000000 | | 21433552 | 00000000 | D 00000000 | | | 00000000 | | 35533411 | | | 11433553 | | | Montant des soins <input type="text"/> |
| | H | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 00000000 | | 21433552 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D 00000000 | | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|----------------|------------------------|-----------|
| VOLET ADHERENT | | NOM : _____ | Mle _____ |
| DECLARATION N° | | P 17 / 0065437 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| | | | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |



P 17 / 0065437

DATE DE DEPOT

/ / 201

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 1875 | Signature de l'adhérent |
| Nom & Prénom | | OUAKHACHACHI SANAA | |
| Fonction | | Veuve CHAAT APPEL | |
| Mail | | HAY AL WALAA TRG Soc 1 IN 1 AP 124 Sidi K | |
| MEDECIN | Prénom du patient SANAA | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age _____ |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite _____ | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances BAU + Compulsif gfc | | | |
| Nature des actes | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires | |
| CR | | 20,0 | |
| PHARMACIE | Date 06/09/19 | | |
| Montant de la facture | 162,00 | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date _____ | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | |
| | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date 19/09/19 | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| 17te | 2 | 2 | 2500 DH |

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
الجال البصري الأتوماتيكي
العدسات اللاصقة



Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 06/09/2019

pour Sanaa oukchachi

Neloye la yeux

83.00

phylarm

3x



1 mois

Daw l'oe et l'ogt

79.00

Nauingfa

1x



1 mois

162.00

DR. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue de Bagdad
Tél: 05 22 20 94 31 - 212 (0) 6 61 14 77 24

24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir) 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) الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

HER MEDIC
PFC
83.00 LHS

navi[®]

RIMA PHARMA
PVC : 79,80

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 الأنوماتيكي
العدسات اللاصقة

Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 06/29/2019

N° Sanaa Ouakchachi

Veuve + Rmture: Veuve progressifs teinte A3

V_L | OD +0,25 (-0,25 = 90°)
OG verre neutre

V_R | OD add + 2,50
OG verre neutre

[Signature]

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
24 Rue de Bagdad

TOP OPTIC

بصريات طوب

OUAKHCHACHI SANAA

Facture N°015/M9/2019

INPE:095016226

Date de Facture

19/09/2019

DESIGNATION

MONTANT TTC

deux verres progressif organique (PGX AR)

2 000,00

Od: (90-0,25)+0,25

Og: (90-0,25)+0,25

add +2,50

monture

500,00

Total

2 500,00

Montant (HT)

2 083,33

TVA (20%)

416,67

Total

2 500,00

Arrêtée la presente Note d'Honoraire à la somme de :

Deux mille cinq cent dirhams

Mode de paiement: Espece

609, Avenue CDT, Juste à coté Driss Ely Harti (قرب الغاية الخضراء) Casablanca-Maroc

TP : 32777428 - IF : 16612037 - RC : 428540 - CNSS : 5517860

ICE:001654532000016 - GSM:0696-37-22-20 Tél : 0522-72-13-99