

## 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.

### 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



49626

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0017805

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : EL KHAIFI Ned Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : Jardin de Californie Zone C App 19 Bd de Fes

Tél : 066054555 Total des frais engagés : 522,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAWFIK JELLAL  
OPHTALMOLOGISTE  
24, Rue Baghdad  
Tél.: 05.22.20.94.31 - Casablanca

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : GAO

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) : .....



# 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
12/11/2020	15		Gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/2020	592,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

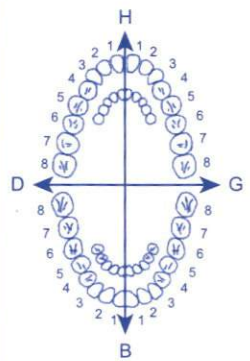
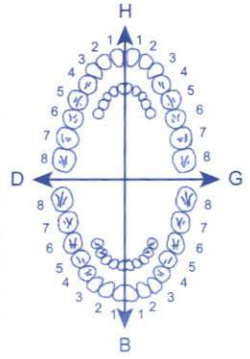
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- \* Angiographie
- \* Laser \* Lentilles de contact
- \* Champ Visuel Automatisé

Casablanca Le : 12/11/2020.....

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
تصوير الأوعية - علاج بالليزر  
المجال البصري الأنوماتيكي  
العدسات اللاصقة



98,80x6

Dr. Whang & Khalafi

S.V.

simple  $\rightarrow$  0,0

T8 592,80

3 mod



**Dr. TAWFIK JELLA**  
OPHTHALMOLOGIST  
24, Rue Baghdad  
Tél.: 05.22.20.94 34

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Mazaoui) 1er étage -Casablanca-  
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : lawfikjellal@hotmail.fr

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



**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303