

# 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.

## 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.

## Déclaration de 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

49683

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017806

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHALIFI Ned Date de naissance : 01.01.1943

Adresse : Jardins de Californie 1 Bd de Fes C19

Tél. : 066054555 Total des frais engagés : 450 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 : ..... HTO OFG

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 : 01.11.2020

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
21/05/2023	Champignon	1	46,00	DR M. HABIB CHAOUKI 24-05-2023 HABIB CHAOUKI, Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

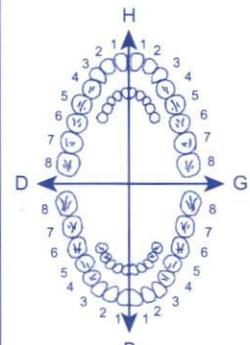
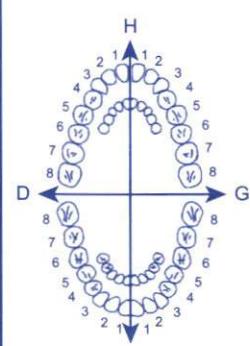
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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

**Agrée pour permis de conduire**

Casablanca Le : ..21/11/2020..

**الدكتور توفيق جلال**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآليomatique

العدسات اللاصقة



Champ visuel automatisé JF

Dr. TAWFIK JELLAL  
OPHTHALMOLOGISTE  
Tél.: 05.22.20.94.31 - Casablanca  
24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 1er étage -Casablanca-  
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 / 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

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

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

## Analyse de Champ Unique

Nom: ELKHALIFI MOHAMED

ID:

Oeil: Gauche

DOB: 26-10-1943

Test de seuil central 30-2

Date: 06/09/2020

Contrôle de Fixation: ARRET

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la Pupille:

Cible de Fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité Visuelle:

Pertes de Fixation: 0/0

Stratégie: FASTPAC

RX: +2.50 DS DC X

Heure: 21:57

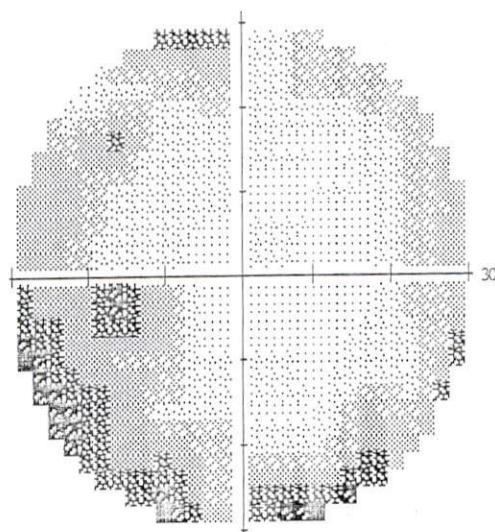
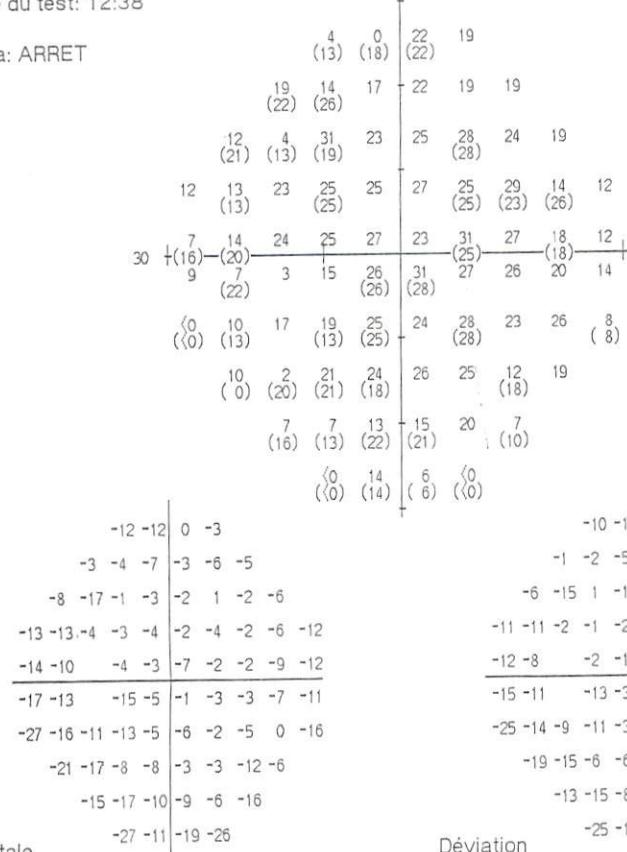
Erreurs Faux Pos: 1/14

Erreurs Faux Neg: 1/14

Durée du test: 12:38

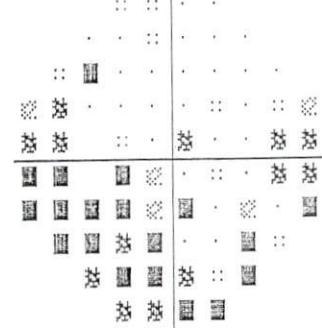
Age: 76

Fovea: ARRET



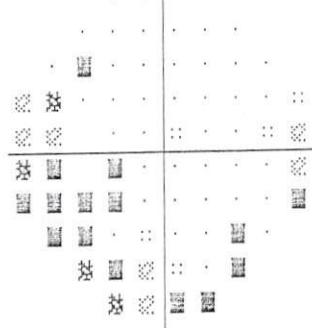
Totale

Déviation



Déviation

Déviation



MD -7.47 dB P < 0.5%  
 PSD 6.67 dB P < 0.5%  
 SF 5.24 dB P < 1%  
 CPSD 3.07 dB P < 2%

DR JELLAL TAWFIK  
OPHTHALMOLOGISTE

:: < 5%  
 ☺ < 2%  
 ☻ < 1%  
 ☼ < 0.5%

## Analyse de Champ Unique

Oeil: Droit

Nom: ELKHALIFI MOHAMED

ID:

DOB: 26-10-1943

Test de seuil central 30-2

25/4

Contrôle de Fixation: ARRET

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la Pupille:

Date: 00/09/2020

Cible de Fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité Visuelle:

Heure: 22:12

Pertes de Fixation: 0/0

Stratégie: FASTPAC

RX: +2.25 DS DC X

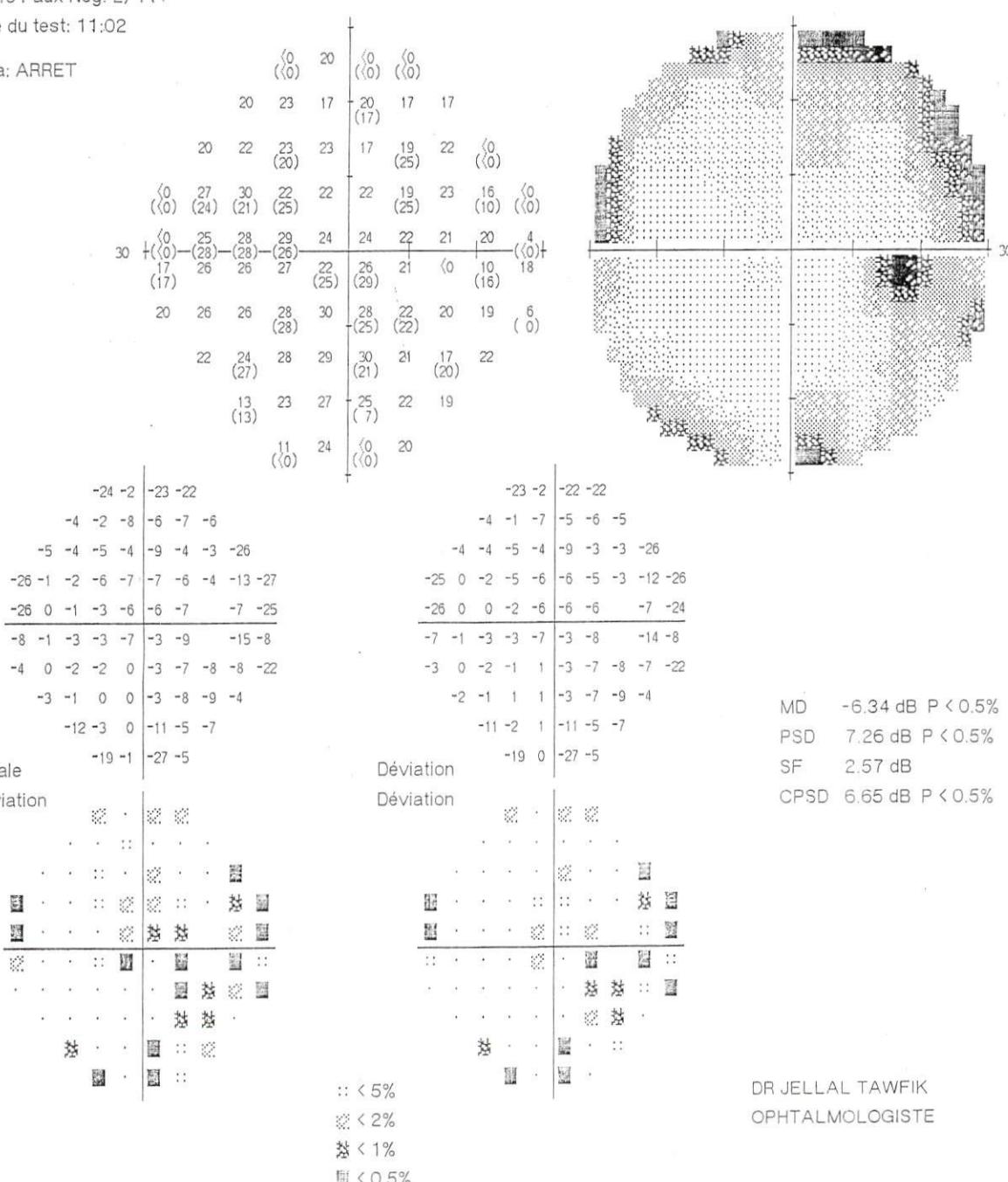
Age: 76

Erreurs Faux Pos: 2/12

Erreurs Faux Neg: 2/11

Durée du test: 11:02

Fovea: ARRET

DR JELLAL TAWFIK  
OPHTHALMOLOGISTE