

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.

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

M22- N° 004848

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent

Matricule : 02573 Société : 137988
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KHALIFI Ned
 Date de naissance : 01/01/1943
 Adresse : Jardin de Californie Bd de Fes App C19 CASABLANCA
 Tél. : 0662.24555 Total des frais engagés : 450,- Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. TAWFIK JELLAL OPHTALMOLOGISTE 24, Rue Baghdad Tel. 05 22 20 04 31 - Casablanca
 Date de consultation : 16/11/2022
 Nom et prénom du malade : EL KHALIFI MOHAMMED
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : GAO ODC
 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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/11/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16/01/2022	Chirurgie ambulatoire		410,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

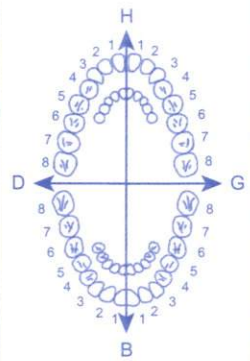
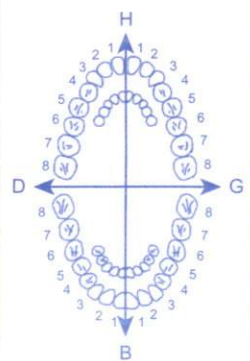
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom: ELKHALIFI MOHAMED

ID:

DOB: 26-10-1943

Test de seuil central 30-2

Contrôle de Fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la Pupille:

Date: 26-10-2022

Cible de Fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité Visuelle:

Heure: 17:43

Pertes de Fixation: 1/20

Stratégie: FASTPAC

RX: +2.50 DS DC X

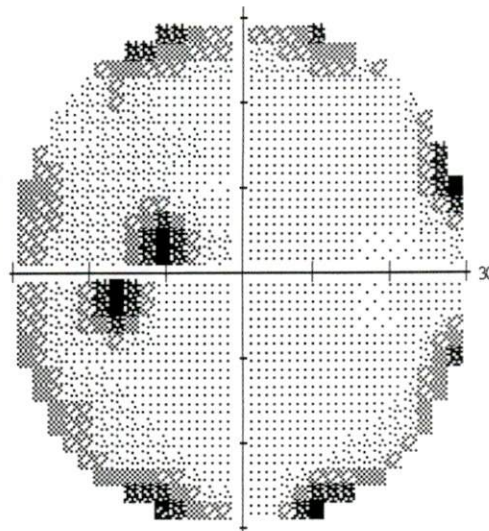
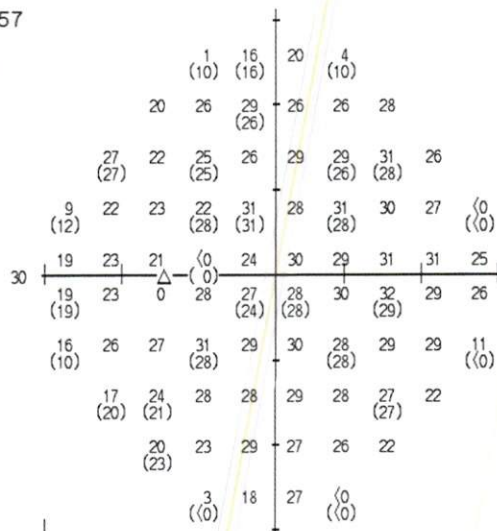
Age: 67

Erreurs Faux Pos: 1/12

Erreurs Faux Neg: 1/11

Durée du test: 10:57

Fovea: 27 dB ■



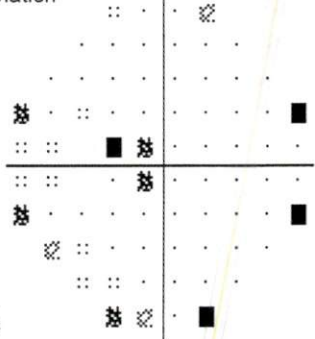
-16	-6	-3	-16
-4	1	2	0 0 3
2	-4	-2	-1 1 0 2 0
-15	-5	-5	-4 2 -2 0 1 0 -27
-8	-5	-31	-7 -1 -2 1 4 0
-8	-5	-2	-6 -3 -1 0 1 0
-14	-2	-2	-1 -2 -1 -3 0 2 -20
-9	-6	-1	-1 0 -1 -1 -4
-6	-5	1	-1 -1 -4
-26	-8	1	-27

-17	-7	-4	-17
-6	0	1	-1 -1 2
0	-6	-3	-3 0 -2 1 -1
-17	-6	-6	-5 0 -3 -2 0 -1 -28
-9	-7	-32	-8 -2 -3 0 2 -2
-10	-7	-4	-7 -5 -2 -1 0 -1
-15	-3	-3	-2 -3 -2 -4 -2 0 -22
-10	-8	-3	-3 -2 -2 -2 -5
-7	-7	-1	-2 -2 -5
-27	-10	0	-28

MD -3.47 dB P < 5%
 PSD 7.56 dB P < 0.5%
 SF 2.03 dB
 CPSD 7.21 dB P < 0.5%

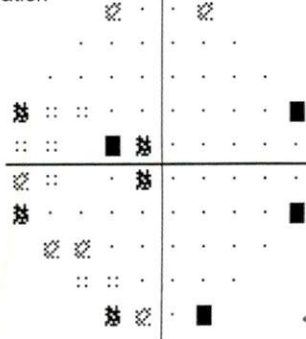
Totale

Déviation



Déviation

Déviation



● < 5%
 ■ < 2%
 ■ < 1%
 ■ < 0.5%

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

Contrôle de Fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la Pupille:

Date: 14/11/2022

Cible de Fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité Visuelle:

Heure: 11h47

Pertes de Fixation: 0/15

Stratégie: FASTPAC

RX: +2.25 DS DC X

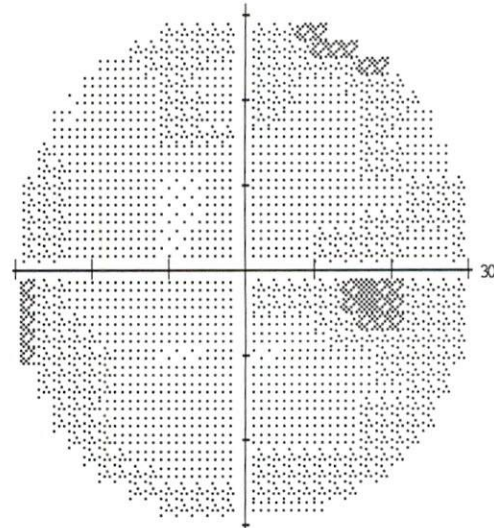
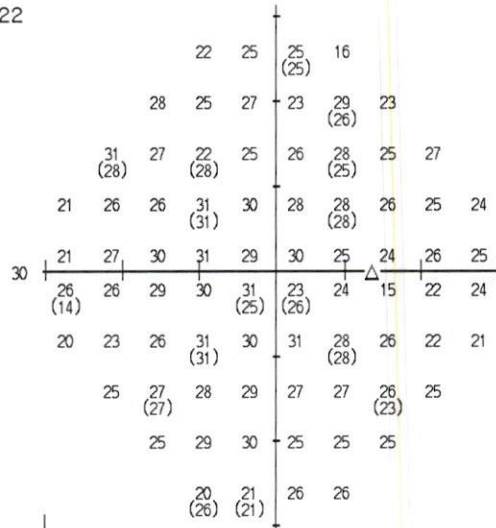
Age: 67

Erreurs Faux Pos: 0/9

Erreurs Faux Neg: 1/9

Durée du test: 08:22

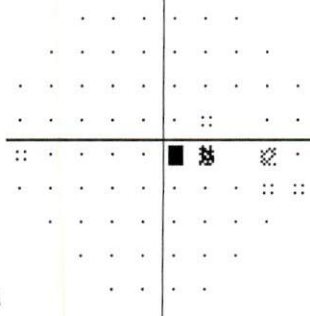
Fovea: 30 dB



-1	2	3	-5
3	-1	1	-2
4	0	-3	-3
-4	-1	-3	1
-4	0	0	0
-6	-2	-1	-1
-5	-4	-3	0
-1	-1	-1	0
-1	2	2	-3
-2	-5	0	0

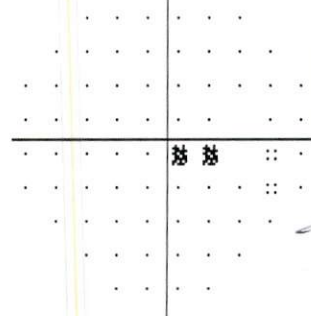
Totale

Déviation



Déviation

Déviation



:: < 5%

⊗ < 2%

⊗ < 1%

■ < 0.5%

MD -1.70 dB

PSD 2.51 dB

SF 2.35 dB

CPSD 0.00 dB



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 الأتوماتيكي
العدسات اللاصقة



Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : ...16/11/2022...

N° Nhamy El Khalafi

Champ visuel automatisé

DR. TAWFIK JELLAL
Ophthalmologiste
24 Rue Baghdad - Casablanca
Tél: 05.22.20.94.31

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Mouni) 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 ومصطفى المعاني) الطابق الأول - الدار البيضاء / الهاتف : 05.22.20.94.31

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 : 16/11/2022

M^r Mohamed EL KHALIFI

Facture :

- champ Visuel 00 G automatisé

- quatre cent cinquante Dirhams

450,00 DH

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