

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- № 004848

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent []

Matricule : 02.5743

Société : 137988

Actif Pensionné(e)

Autre :

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

Adresse : Jardin de California Bd de F.S App' C.19
CASABLANCA

Tél. : 06.62.574555 Total des frais engagés : 450 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TAWFIK JELLAL
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Baghdad
Tel. 05 22 20 45 45 - Casablanca

Date de consultation : 16.11.2022

Nom et prénom du malade : EL KHALIFI Nabi Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : GAO ODS

Enfant

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 le 17 Novembre 2022
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17 NOV 2022

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

| 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.

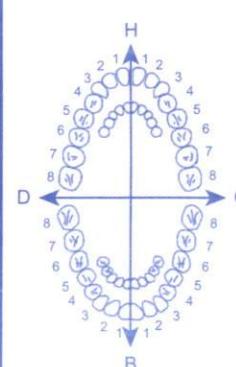
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |



[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

Analyse de Champ Unique

Oeil: Gauche

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: 16/10/2002

Cible de Fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité Visuelle:

Rue Ben Youssef

Pertes de Fixation: 1/20

Stratégie: FASTPAC

RX: +2.50 DS DC X

Heure: 17:43

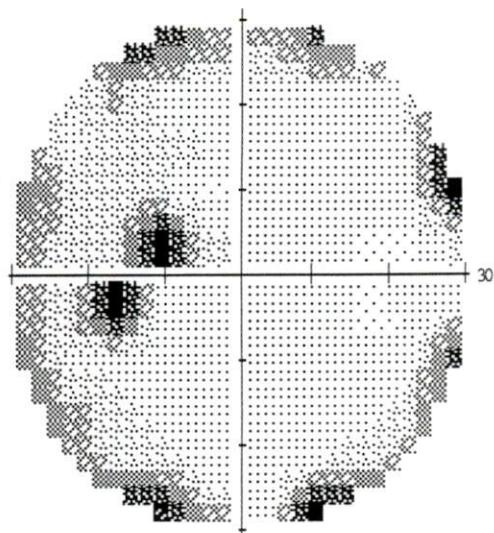
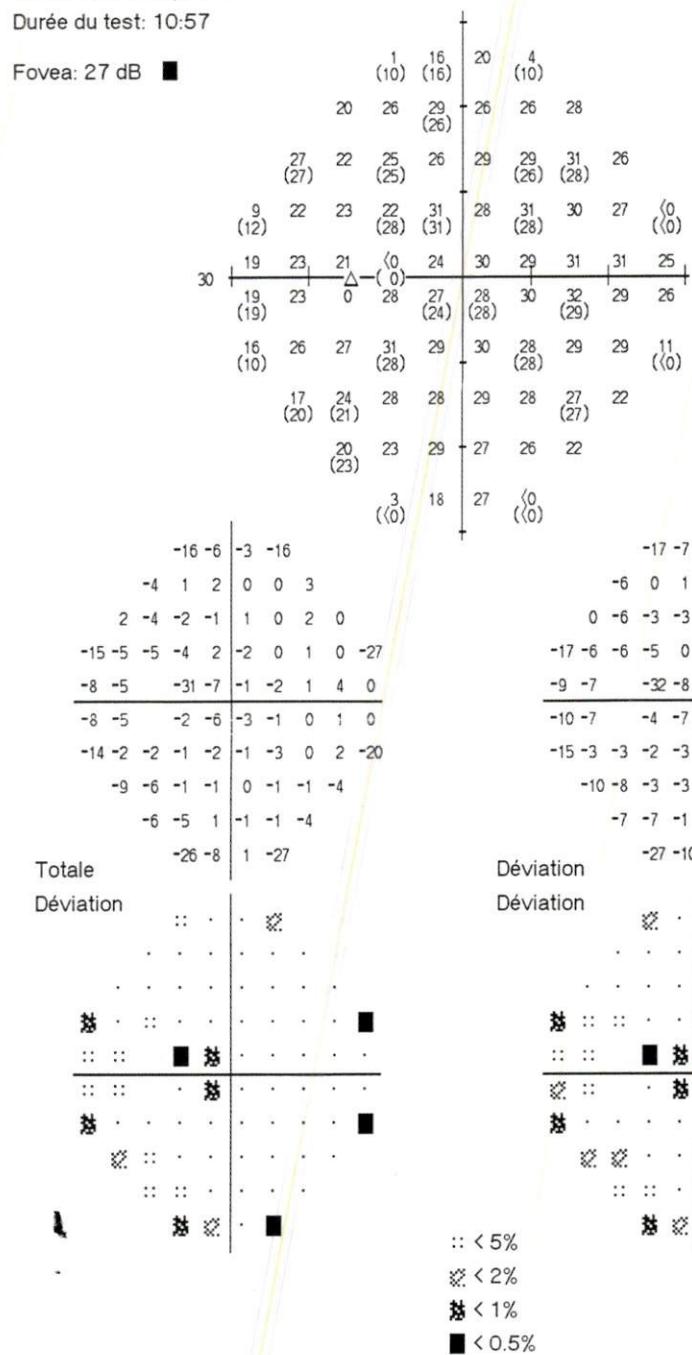
Erreurs Faux Pos: 1/12

Age: 67

Erreurs Faux Neg: 1/11

Durée du test: 10:57

Fovea: 27 dB ■



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

Dr. TAWFIK JELLAL
 OPHTHALMOLOGISTE
 24, Rue Naghzaia
 Tel: 05.22.20.94.31 Casablanca



© 1994-98 Humphrey Systems
 HFA II 740-5934-Rev. A10.2

Analyse de Champ Unique

Oeil: Droit

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: 24/05/2010

Cible de Fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité Visuelle:

Heure: 11:44

Pertes de Fixation: 0/15

Stratégie: FASTPAC

RX: +2.25 DS DC X

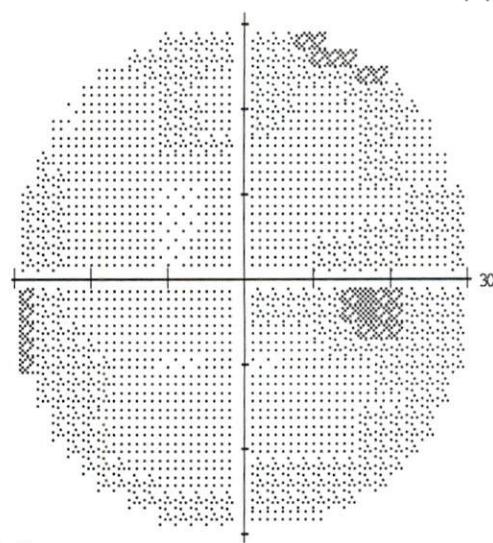
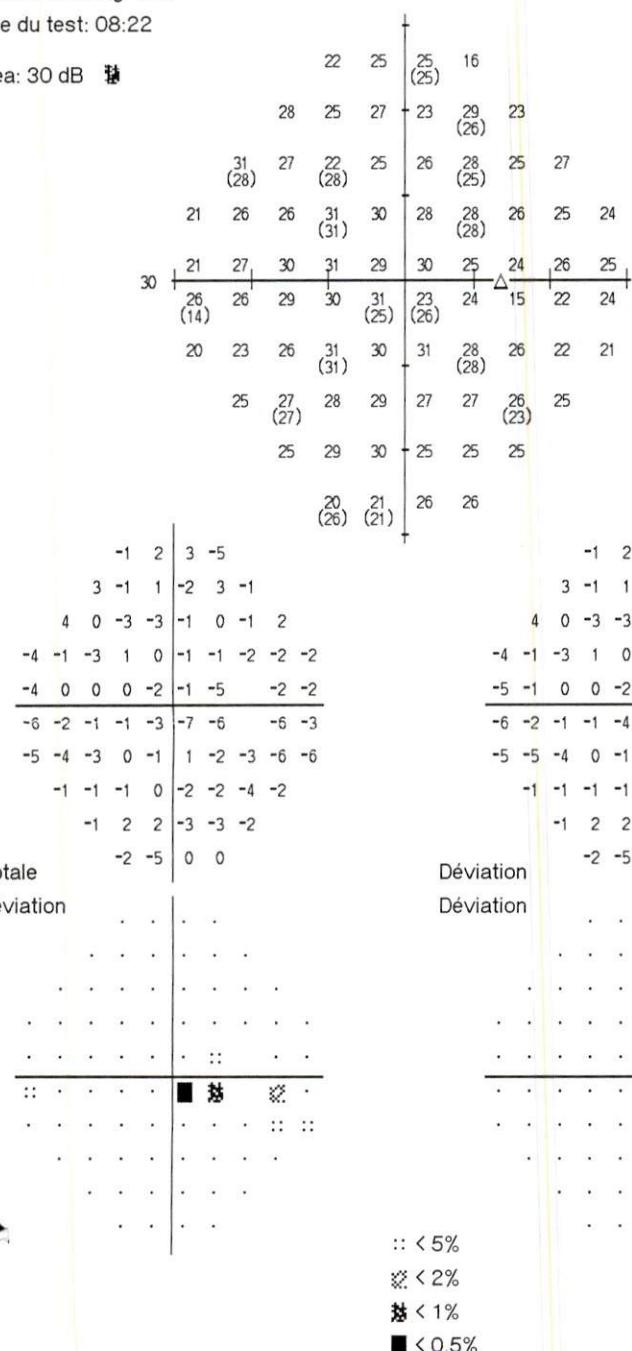
Age: 67

Erreurs Faux Pos: 0/9

Erreurs Faux Neg: 1/9

Durée du test: 08:22

Fovea: 30 dB



MD -1.70 dB
PSD 2.51 dB
SF 2.35 dB
CPSD 0.00 dB

Dr. TAWFIK MOHAMED
OPTICAL MOHAMED
24 Rue Badreddine
Casablanca



© 1994-98 Humphrey Systems
HFA II 740-5934-Rev. A10.2

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

الدكتور توفيق جلال

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

N° Abhany El Khnafi

Champ visuel erg automatique

DR. TAWFIK JELLAL
OPHTHALMOLOGISTE
16/05/2022
RUE BAGHDAD CASABLANCA

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Mami) 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) الطاقي 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 Mhalifi

Facture :

- Champ Visuel 00 G automatisé
- Quatre cent cinquante Dirham

450.00 Dhs

