

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-622809

AS7737

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
- Matricule : <b>9711</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
- Nom & Prénom : <b>BIFDEN AMINE</b>			
Date de naissance : <b>13/08/1962</b>			
Adresse : <b>4, Rue EZZATI DABOUD AV MAERSI TULTH</b>			
Tél. :	Total des frais engagés : ..... Dhs		

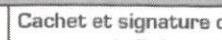
**Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019**

Cadre réservé au Médecin			
<b>DR. TAWFIK JELLAL</b> <b>OPTALMOLOGISTE</b> <b>24, Rue Bagdad</b> <b>Tél. 05.22.20.94.31 - Casablanca</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>29/03/2013</b>			
Nom et prénom du malade : <b>M. BIFDEN AMINE</b> ..... Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>SAV D.F</b>			
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) : 

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
29/03/2023	en		300,00	INP 
				091080980

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 Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<b>LUXOPTIC</b> 6 Avenue des Sables-Cambon Tél. 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89	04/04/19-23				1500,-



196, AVENUE MERS-SULTAN - CASABLANCA

Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

FACTURE N° 0010790

Le 04/04/2023

M. BIFDEN AMINE

Ordonnance de Mr le Docteur TAWFIK SELLAL

N° de nomenclature correspondant à la prescription

( Loin { O.D. = - 6,50  
O.G. = - 6,50

Près { O.D. =  
O.G. =

D.F { O.D. =  
O.G. =

### FOURNITURES :

1 Montures : PLASTIQUE 500

2 Verres : ORGANIQUES ANTIREFLETS 1000

Amine

TOTAL

1500,00

la présente facture arrêtée à la somme de Dh.

Dont T.V.A. 20% inclus:

MILLE CINQ CENT DINAMIS

R.C. : 252634 - C.N.S.S. : 2622323 - T.P : 34204128 - I.F. : 41805998 - ICE : 00083427100023

LUXOPTIC  
Imbre  
196, Avenue Mers Sultan-Casablanca  
Tél. : 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89  
Distributrice

REGLEZ PAR CHEQUE

**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 و جراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآلتماتيكي

العدسات اللاصقة

**Agree pour permis de conduire**

Casablanca Le : 29/03/2023

Mr Amine Bifden

Vues + mmjue, Vues stat

OU - 6,50

OU - 6,50

LUXOPTIC  
196 AVENUE M. EL SULTAN Casablanca  
Tél: 05 22 48 05 74 / 05 22 47 48 89

Dr. TAWFIK JELLAL  
OPTHALMOLOGISTE  
Tél: 05 22 20 94 31 -  
212(0)6 61 14 77 24 E-mail: tawfikjellal@hotmail.fr