

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ntaire :

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.

ND. N° P19- 0040648 /0083

Maladie

Dentaire 34918

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0783 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAAFAAR

Mohammed.

Date de naissance :

03-08-1946

Adresse :

May Tawar I Rue 16 N° 13  
An check.

Tél. : 06 61 80 12 28

Total des frais engagés : 250,00 + 99,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : Mr ENNASERY Amina

28 JUL 2020  
ACCUEIL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Nature de la maladie :

Conjugal enf

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 : CASA

Le : 30/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. TAWFIK JELLAJ  
CHIRURGIEN DENTISTE  
24, Rue de Bagdad

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040648

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0783

Nom de l'adhérent(e) : JAAFAAR

Total des frais engagés : 349,20

Date de dépôt :

## 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
30/06/2020	05		250,00	DR. TAWFIK JELAL OPTALMOLOGISTE 84, RUE DE BAGDAD TEL: 03 30.00.04.100 - 03 30.00.04.101

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSINE MOUSSINE Leila A. Av. 2 Mars Prolongée Inara I Elancala - Tél.: 05 22 21 09 76	30/10/20	99,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

#### VOLET ADHÉRENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### **Important:**

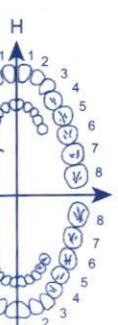
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
-----	-----
00000000	00000000
35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		<b>B</b>		<p><b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
<b>H</b>																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
<b>D</b>	<b>G</b>																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
<b>B</b>																				

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



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآلتماتيكي

العدسات اللاصقة

## Agrée pour permis de conduire

Casablanca Le : 30/06/2012

n° Amina Ennassy

p Ifafan



6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml

A.M.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sotema

PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO

406865

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 76DH00

HARMAL  
MOUHSSIN  
834, Av. 2 Mars Prolong  
Casablanca - Tel: 05 22 21 00

J. TAWFIK JELLAL  
OPHTHALMOLOGISTE  
24, Rue de Bagdad  
Tél: 05 22 20 94 31 Casablanca

24 Rue Bagdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâni) 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