

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

## tions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 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

- 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 062109

77601

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1663

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mohammed RADI

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

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

## Informations 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043515

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 01663

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661572547 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 12.04.2021

Nom et prénom du malade : RAMI MOHAMMED Age : 72 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 3AN OGF

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non

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 : 12.04.2021 Le : 12.04.2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-043515

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 : 01663

Nom de l'adhérent(e) : RAMI MOHAMMED

Total des frais engagés : 4750,00

Date de dépôt : 09.07.21

#### **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
12/01/04	05		200	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
08/07/2021	Optique Le Beau Coin Opticien Bd Moudoukietta Bloc 13-14-10 GSM : 06 25 27 25 92 - Casa	45000

#### **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	

#### VOLET ADHERENT

\* 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		
	25533412	21433552
	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth (1-8 on each side) and various dental symbols placed around them. The symbols include:   
 - **H**: Located at the top center above the upper central incisors.   
 - **D**: Located on the left side of the arch.   
 - **B**: Located at the bottom center below the lower central incisors.   
 - **P**: Located near the upper right molar.   
 - **S**: Located near the upper left molar.   
 - **V**: Located near the lower right molar.   
 - **Y**: Located near the lower left molar.   
 - **W**: Located near the upper left canine.   
 - **U**: Located near the upper right canine.   
 - **Z**: Located near the lower left second molar.   
 - **X**: Located near the lower right second molar.   
 - **G**: Located near the upper left first molar.   
 - **A**: Located near the upper right first molar.   
 - **M**: Located near the lower left first molar.   
 - **N**: Located near the lower right first molar.

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 الآلي

العدسات اللاصقة



**Agrée pour permis de conduire**

Casablanca Le :

12/04/2014

n° Ahmed Rami

Vue + mmure: Veuu proponess

09 + 2,0 (- 2,0 + 80)

Vc

09 + 0,25

Optique Le Beau Coin

Opticien

Bd. Moudibouketa Bloc "J" N° 10

GSM : 06 25 27 25 92 - Casa

Vp adj + 3,0

**Dr. TAWFIK JELLAL**  
OPHTHALMOLOGISTE  
24, Rue Baghdad  
Tel. 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 77 24 E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr

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

# Optique Le Beau Coin

Optique Le Beau Coin  
Opticien

Bd. Moudiboukita Bloc "J" N°70  
GSM : 06 25 27 25 92 - Casa



RC. N° : 335648

ICE : 061790060000087

N° 002924

271917100:INI

Facture

Casablanca, le :

08/07/82

Mr (e) : MOHAMMED RAMI

VL : OBNA AIR

OD : (80-2.00) +2.00

15.00.00

OG : +3.25

15.00.00

VP :

Optique Le Beau Coin  
Opticien

OD :

+3

Bd. Moudiboukita Bloc "J" N°70  
GSM : 06 25 27 25 92 - Casa

OG :

+3.00

Monture :

Opti

RC. N° : 335648  
ICE : 061790060000087

Verres :

Pray Eis

FUDC

Total : 45.00.00

Arrêtée la présente facture à la Somme du : quatre mille

4,000.

Bd Moudiboukita Bloc (J) N°70 Korea - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N°36612797 - IF : 50791172