

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8112 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AZTOUAI MUSTAPHA 132496

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : AL FAYJR

Tél. : 06.96.55.97.61

Total des frais engagés : 3007,90 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 : 09/08/2022

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> AZTOUAI MUSTAPHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : B.D.V + conjunctivite aigüe

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 : CRSA Le : 28/09/22

Signature de l'adhérent(e) : 28/09/22

X

### 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
02/08/2022	500		250,00	<b>DR TAWFIK YELLAL</b> OPHTHALMOLOGISTE 24, Rue Bagdad Tél: 05.22.20.94.31 - Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RUE : 2 N° : 16 Bloc C HRIOUA LAILA Casablanca	02/08/22	579-

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

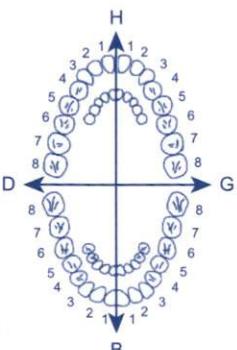
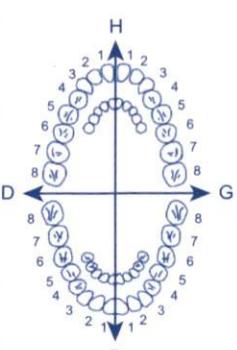
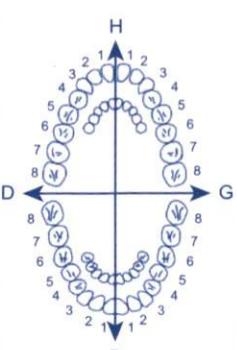
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	02/08/22					2200

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	B				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE 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

**Agree pour permis de conduire**

Casablanca Le : .....

**الدكتور توفيق جلال**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الآلوماتيكي

العدسات اللاصقة



Vœu + mmtur, Vœu progressifs - Antiflits-patol JV

60

+ 2,10

60

+ 2,10

(, w = 90)

add

Dev le 2 juillet

27/07 AllergoComod

DR. TAWFIK JELLAL  
OPHTHALMOLOGISTE  
24, Rue Baghdad  
Tel: 0522 20 94 31 - Casablanca



STERIPHARMA  
PPV : 57,90 DH  
N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n°

12/2024

24 Rue Baghdad (Angle Rue d'Agadir et Mustapha El Maâa  
Tél: 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24 E-mail : tawfikj

05.22.20.94.31 (باجد، رصيف أكادير ومصطفى المعاني) الطابق الأول- الدار البيضاء / الهاتف :

303208

Casablanca le 15/08/2022

الافق نظارات

HORIZON OPTIQUE

Hay el Qods Bd el hmane bno affane n° 21  
Sidi Bernoussi, casa  
IF: 20677655  
ICE : 001777603000028  
Patente: 31622600  
RC : 424752  
Tél: 06 60 23 28 19

**FACTURE**

N° 1802/09

M. A Ztai Moustapha .....Doit

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du	Vision de loin	Vision de près
Docteur Tawfiq Jelal	O.D. +2 O.G. +2,50 (-1 à 90)	O.D. Add +3 O.G. Add +3
FOURNITURES :	Progressif	
Montures : Plastique		
Verres : Progressif organique		
O.D. : +2 Add Add +3 O.G. : +2,50 (-1 à 90) Add +3	700 1.000 1.000	
TOTAL : 2700 Dm		

Arrêté la présente facture à la somme de :

Dix mille sept cent dirhams

A