

## 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.

### Diagnostic 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0004283

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3531

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : ZAKAR

Date de naissance :

Adresse : CASA

Tél. : 0661635867

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ 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) :



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



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	
	H			
	D	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction)				
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

Date de dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces jointes	

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....		Mle	
DECLARATION N°		W18-145653			
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



MUPRAS  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

W18-145653

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle		Signature de l'adherent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom .....				
Fonction : .....		Phones .....		
Mail .....				

<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient .....	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....
Nature de la maladie		Date 07/01/19	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
5		210

<b>PHARMACIE</b>		Date .....
Montant de la facture		
		57,90

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

DR. TADJ...  
24, RUE DE...  
PHARMACIE LES JARDINS  
SE L'OCEAN BAY Sarl Au  
Route d'Azemmour Km 15  
Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 29 08 29  
RC: 369308 - T.P. 32960411  
HARMACIE LES JARDINS  
SE L'OCEAN BAY Sarl Au  
Route d'Azemmour Km 15  
Bouazza - Casablanca  
Tél: 05 22 29 08 29  
RC: 369308 - T.P. 32960411



# RELEVÉ 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

# 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20.09.19	11	10	8	1	1000
						1500
						1500
						4000

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

Agréé pour permis de conduire

Casablanca Le : 07/11/2019



الدكتور توفيق جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - علاج بالليزر

المجال البصري الأتوماتيكي

العدسات اللاصقة

N° choubia. Zakarya

Vues = Ambly. Vues propres Indistinct.

+0,10

V<sub>L</sub>

+0,75



V<sub>p</sub> add + 3m

5090

Dau & Lyne

Alfay Comael

Handwritten notes and signatures.

DR. TAWFIK JELLAL  
OPTHALMOLOGISTE  
24, RUE DE BAGHDAD  
Tél : 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24  
E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr  
RC : 399369 - T.P. : 3290441  
PHARMACIE DE L'OCEAN  
Rue de l'Océan  
Tél : 05 22 20 94 31 - Urgence : 212(0)6 61 14 77 24  
E-mail : tawfikjellal@hotmail.fr





# OPTI VERDUN

FACTURE


N° 007930

Date

20.09.19

M. r

Chaibou Zakarya

Qté	Designation	Montant
1	Plan A	1000,
1	U uo8	1500,
	OD + 0,50	
1	U uo8	1500,
	OG + 0,75	
		
Total HT		
Total TTC		1000,

Arrêté la présente facture à la somme de

Quat Rd