

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

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



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

51710

Déclaration de Maladie : N° S19-0000183

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13293

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

15 DEC. 2020

Nom & Prénom : EL JAZZARI Michem Date de naissance : 27/11/1981

Adresse : 66 Rue EL Fouat MARRAKECH Casablanca

Tél. : 06 1 87 22 49 Total des frais engagés : 4500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél : (+212) 0522 47 15 94
E-mail : rmikou@cliniquestendhal.com



MUPRAS
16 DEC. 2020
ACCUEIL

Date de consultation : 26/11/2020

Nom et prénom du malade : EL JAZZARI Michem

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Refraction optique

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 : Casablanca

Le : 15/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|--------------------|-------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur OPTIQUE EL FATH Bd. Moultoukita Bloc 1 Téléphone : 36616616 CASABLANCA | Date 08/12/2020 | Montant de la Facture 4200,- DHS |

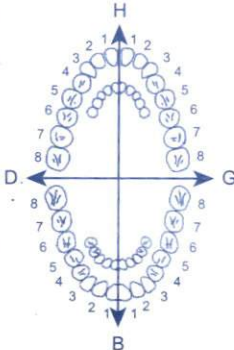
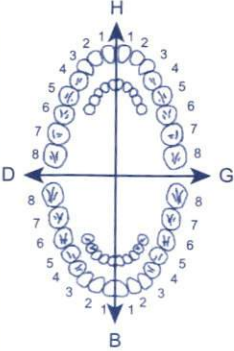
[illegible][illegible]

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|  | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT201124170247

26 novembre 2020

Mr. EL JAZZARI Hicham

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.25 (- 0.75 à 8)

OG = + 0.25 (- 0.50 à 177)

OPTIQUE EL FATH
Bd. Mohammed VI - N° 83
Patente : 36616616
CASABLANCA

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

OPTIQUE EL FATH

Le: 08/12/2020

Facture N°F010392804

Mr EL JAZZARI Hicham

| Quantité | Désignations | Prix Unitaire TTC | Prix Global TTC |
|----------|---|----------------------|-----------------|
| 1 | Monture Optique | 2200.00 | 2200.00 |
| 2 | Verres correcteurs organiques anti-reflets anti bleu OD : +0.25(-0.75à8°) OG : +0.25(-0.50à177°) | 1000.00 | 2000.00 |
| | | | 4200.00 DHS |

Modalité de paiement : Espèce

Arrêté le présente facture à la somme :

Quatre mille deux cent dirhams .

INPE :001819152

OPTIQUE EL FATH
Bd. Moudibo Keita Bloc « J » N°83
Patente : 36616616
CASABLANCA

Siège Social: BD.MOUDIBOKEITA, BLOC « J » N°83 CASABLANCA
R.C : 377480– Taxe Professionnelle: 36616616 – I.F : 40178251
ICE : 0008056000089