

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

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 *CP*

N° P19- 053837

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *8731* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *MEKBAOUI MARIA*

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 : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053837

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N°

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08731 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEKKAOUS MARIA

Date de naissance : 25/08/66

Adresse : 96 km YAMMAR

Tél. : 066162263

Total des frais engagés : 4400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
6, Boulevard de la Blanca

Date de consultation : 24/12 / 2019

Nom et prénom du malade : ELWASSIF RANIA Age: 19ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Myopie

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 : 10/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
Année Facultaire - Casablanca
2005-2006

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
ATLAS OPTIQUE S.A.R.L. 3, Rue Assaad Ibn Ferrass - Casablanca Tél : 05 22 99 22 88 / Fax : 05 22 99 22 87 R.C. : 172311 / TVA : 01000698 Tél : 35701631 - CNSS : 23511	02/01/2020	3600,00 DHS
	03/01/2020	700,00 DHS

ATLAS OILFIELD S.A.R.L.
8, Rue Assaad Ibn Ezzerrara - Baan - Casablanca
Tel: 05 22 99 22 88 Fax: 05 22 99 22 87
R.C. 72311 - TVA: 01000696
Tél.: 35701631 - CNSS: 23511

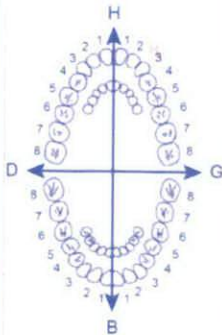
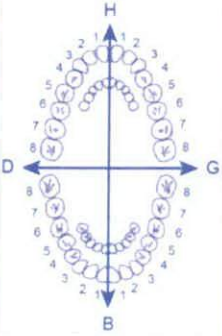
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT191224112634

24 décembre 2019

Mlle OUASSIF Rania

Adaptation + équipement en lentilles :

OD :

Marque : BAUSCH & LOMB Modèle : Soflens One Day

Ro : ØT :

-4,25

OG :

Marque : BAUSCH & LOMB Modèle : Soflens One Day

Ro : ØT :

-3,75


Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
Casablanca
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



PT191224112634

24 décembre 2019

Mlle OUASSIF Rania

Monture + verres correcteurs

Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 4.25 (- 0.75 à 174°)

OG = - 3.75 (- 0.50 à 179°)

~~ATLAS OPTIQUE S.A.R.L.~~
~~8, Rue Assaad Ibn Zahrara Maarif - Casa~~
~~Tél. 05 22 99 22 88 - Fax: 05 22 99 22 87~~
~~P.C. : 72472 - TVA : 20100696~~
~~Pro. : 3571881 - CNSS : 2351914~~

~~Dr. Reda MIKOU~~
~~Ophtalmologiste~~
~~Chirurgien Ophtalmologiste~~
~~6, Boulevard Stendhal - Casablanca~~
~~Tél. : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51~~
~~E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com~~

SARL ATLAS OPTIQUE

LYNX OPTIQUE

8, rue Assaad Ibn Zerrara Maarif

20000 CASABLANCA

Tél: 0522992288

Fax: 022992287

Mme OUASSIF RANIA

FACTURE N° : F20/0097

Date : 03/01/2020

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
		Cet équipement a bénéficié de l'offre : 2EME PAIRE				
		KDO A 0 DH				
2	LEN	ZENITH SOFLENS SOFLENS	300.00		600.00	20.0
1	PRO	ZENITH RENU RENU 355 ML-0/0 0/0	100.00		100.00	20.0

Corrections :

Paielements

Acomptes 700.00

Montant total payé : 700.00

Soide : 0.00

Totaux

Total Net HT : 583.33 Dh

Montant TVA : 116.67 Dh

Total Net TTC : 700.00 Dh

Nos lunettes peuvent etre echangées dans les 3 jours après l'achat, article en bon état.

Les lunettes soldées ne peuvent etre echangées.

Aucun remboursement n'est possible dans le magasin , uniquement un avoir valable 1 mois

Les montures ne sont pas garanties contre la casse ou les rayures , uniquement contre les défauts de fabrication

VERSEMENT CHEQUE 01178 00000 77210060212 2

SARL ATLAS OPTIQUE

LYNX OPTIQUE

8, rue Assaad Ibn Zerrara Maarif

20000 CASABLANCA

Tél: 0522992288

Fax: 022992287

Mme OUASSIF RANIA

FACTURE N° : F20/0083

Date : 02/01/2020

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	VER	ESSILOR LN OPTIC SF ORMIX 1.6 CRIZAL PREVENCIA Org 65	750.00		750.00	20.0
1	VER	ESSILOR LN OPTIC SF ORMIX 1.6 CRIZAL PREVENCIA Org 65	750.00		750.00	20.0
1	MON	LUXO MAROC RAYBAN RB 3947 V 2946 NOIR OR 48*22	1900.00		1900.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: -5.00 Cyl: +0.75 Axe: 84°

VL G. Sph: -4.25 Cyl: +0.50 Axe: 89°

Paielements

Acomptes 3400.00

Montant total payé : 3400.00

Solde : 0.00

Totaux

Total Net HT : 2833.33 Dh

Montant TVA : 566.67 Dh

Total Net TTC : 3400.00 Dh

Nos lunettes peuvent etre echangées dans les 3 jours après l'achat, article en bon état.

Les lunettes soldées ne peuvent etre echangées.

Aucun remboursement n'est possible dans le magasin , uniquement un avoir valable 1 mois

Les montures ne sont pas garanties contre la casse ou les rayures , uniquement contre les défauts de fabrication

VERSEMENT CHEQUE 01178 00000 77210060212 2