

# 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.

## adiologie 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.

## entaire :

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 caractère personnel.

NR= 20 5Lg

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8731 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MEKKAOUI m'zaria

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 Nº P19-053837

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## 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 |

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.

N°

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	08731	Société :	ROYAL AIR MAROC
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MARIA
Nom & Prénom : MEIKKAOUI			
Date de naissance : 25/08/66			
Adresse : 9 LOT AL YAMAR			
Tél. : 0661162263	Total des frais engagés : <del>4400,00</del> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. Reda MIKOUI Chirurgien Ophtalmologiste 6, Bd Hassan II Casablanca		
Date de consultation :	24/12/2019		
Nom et prénom du malade : CHASSIF RANIA Age: 19ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA Le : 10/02/2020  
Signature de l'adhérent(e) : *Chassif*

#### **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
24/12/19	Os		300.00	INP : 592168336
				Dr. Reda MIKOU Gén Ophtalmologiste Casablanca

Dr. Reda MIKOU  
Oncophtalmologiste  
Centre Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeoir	Date	Montant de la Facture
ATLAS OPTIQUE S.A.R.L 8, Rue Assaad Ibb Zenarr Chaabani - Oujda	03/01/2020	3100,00 DHS
Tel: 05 22 99-22-88 Fax: 05 22 99-22-87		
R.C: 1723117 TVA: 01000698		
Pl. : 35701631 - CNSS : 2351102	03/01/2020	700,00 DHS

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

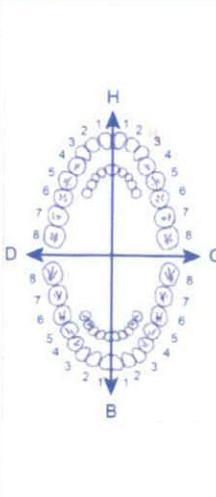
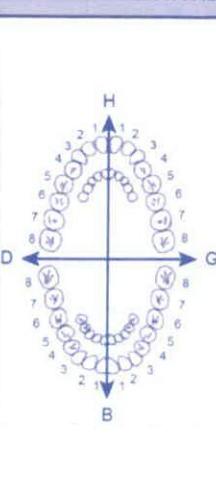
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

 CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de France  
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضا ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



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

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca

Tél : (+212) 05 22 47 15 94 Fax : (+212) 05 22 99 34 51

E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne

**CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de france  
Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris  
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology  
Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon  
Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضا ميكو  
طب العيون  
اختصاصي في جراحة الشبكية



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°)**

*(Handwritten signature over a stamp)*  
**ATLAS OPTIQUE S.A.R.L.**  
B. Rue Abbaad Ibn Zirara Maârif - Gasa  
Tél. 05 22 99 22 88 Fax: 05 22 99 22 87  
P.C. 17200 - TVA: 20100696  
P. 05 22 99 22 881 - CNSS : 2351914

*(Handwritten signature over a stamp)*  
**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitréo-Rétinienne  
6, Boulevard Stendhal Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 Fax : (+212) 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 :

Paiements

Acomptes 700.00

Totaux

Montant total payé : 700.00  
Solde : 0.00

Total Net HT : 583.33 Dh  
Montant TVA : 116.67 Dh  
Total Net TTC : 700.00 Dh

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

Les lunettes soldées ne peuvent être échangées.

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 OR MIX 1.6 CRIZAL PREVENCIA Org 65	750.00		750.00	20.0
1	VER	ESSILOR LN OPTIC SF OR MIX 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°

Paiements	Totaux
Acomptes	
3400.00	
<b>Montant total payé :</b> 3400.00	<b>Total Net HT :</b> 2833.33 Dh
<b>Solde :</b> 0.00	<b>Montant TVA :</b> 566.67 Dh
	<b>Total Net TTC :</b> 3400.00 Dh

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

Les lunettes soldées ne peuvent être échangées.

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