

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-585214

118804



Maladie



Dentaire



Optique



Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1332

Société :

ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

MEZZARI

ABDELHAMID

Date de naissance :

16/04/1982

Adresse :

103, RUE ALI ABNERRAZAK CASA

Tél. :

066573427

Total des frais engagés :

250 euros

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAOUISSI Nadia
Médecin en Ophtalmologie
Sis à 26 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel/fax: 05 22 99 46 07

Date de consultation :

02/05/2022

Nom et prénom du malade :

BENSLIN HABIBA

Age :

53ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 :

02/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

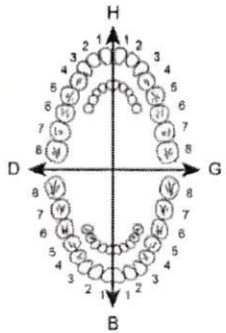
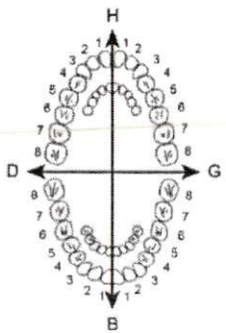
[Signature]

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
02/05/2022				INP : 09M16584
				Professeur en Ophtalmologie
				Sis à 76 Boulevard Abdelmoume
				Residence Koutoubia
				Casablanca - Tel/fax: 05 22 34 45 01

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BY SIMPSON OPTIC SERKAN SEZGİN Hobyar (Mn. Çiğirli) Postale Cd. Hacı Yakup Han No: 5/6 Sirkeli - İST. Tel: (0212) 511 77 04 Hocapaşa V.D. 37882622334	18.5.2022	GRAMABRADFRAME 100 € 1.6 SKILCO LENS 150 € 250 €

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]																								
				MONTANTS DES SOINS	[]																								
				DEBUT D'EXECUTION	[]																								
				FIN D'EXECUTION	[]																								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX	[]
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	B																												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aérospatiale

الأستاذة لعويسي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنات (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca le : 02/05/2022

BENSLIN HABIBA

lu nltt vl

00. (25 - 0,25) - 1

00 (75 - 1) - 0,75

Dr. LAOUISSI N. La
Professeur en Ophtalmologie
Sis à 76 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tel/fax: 05 22 99 46 00

Mesul Müdür Ad Soyad: SERKAN SEZGİN MERT

Mesul Müdür Belge No: 65582

Mesul Müdür Ruhsatname Tarih: 26-06-2015

By Şimşek Optik

Serkan Sezginmert

BÜYÜK POSTANE CAD. HACI YAKUP HAN No:5

Kapı No:B

34112 Fatih/ İstanbul

Tel: 2125117704

E-Posta: serkan@simsekoptik.com

Vergi Dairesi: HOCAPAŞA VERGİ DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ

TCKN: 37882622334



e-Arşiv Fatura

By **SİMSEK**
OPTİK

SAYIN

BENSLİM HABİBA

KAZABLANCA/ KAZABLANCA

Fas

Vergi Dairesi:

TCKN: 11111111111

By **SİMSEK OPTİK**
SERKAN SEZGİN MERT

Hocapaşa Mahallesi, Postane Cad. Hacı Yakup Han
No: 5/B Şimşek Optik / Tel: (0212) 511 77 04
Hocapaşa V.D. 37882622334

Özelleştirme No:	TR1.2
Senaryo:	EARSIVFATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Fatura No:	OPE2022000000097
Fatura Tarihi:	18-05-2022 16:19

ETTN: 6eebb22a-df65-4482-a329-0d7ad23babe6

Sıra No	Mal Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	İskonto/ Arttırım Oranı	İskonto/ Arttırım Tutarı	İskonto/ Arttırım Nedeni	KDV Oranı	KDV Tutarı	Diğer Vergiler	Satır Açıklaması	Mal Hizmet Tutarı
1	CARISMA OPTIC FRAME	1 Adet	92,59 EUR				%8,00	7,41 EUR			92,59 EUR
2	SEIKO LENSES	2 Adet	69,445 EUR				%8,00	11,11 EUR			138,89 EUR

Mal Hizmet Toplam Tutarı 231,48 EUR

Toplam İskonto 0,00 EUR

Hesaplanan GERÇEK USULDE KATMA DEĞER VERGİSİ(%8) 18,52 EUR

Vergiler Dahil Toplam Tutar 250,00 EUR

Ödenecek Tutar 250,00 EUR

Hesaplanan GERÇEK USULDE KATMA DEĞER VERGİSİ(%8) (TL) 310,07 TL

Mal Hizmet Toplam Tutarı(TL) 3.875,55 TL

Vergiler Dahil Toplam Tutar(TL) 4.185,62 TL

Vergiler Dahil Toplam Tutar 250,00 EUR

Ödenecek Tutar(TL) 4.185,62 TL

Not: Yalnız #İkiYüzElli Avro#