

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

- Reclamation : 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



143974

Déclaration de Maladie : N° S19-0050745

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13293

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : El Jazouri Hicham Date de naissance : 24/11/1981

Adresse :

Tél. : 066 187 822 149 Total des frais engagés : 4500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Reda MIKOU
Chirurgien Ophthalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca 20000
Tél. : (+212) 0522 4715 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 29/10/2022

Nom et prénom du malade : EL jazouri Hicham 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 : Casa

Le : 29/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
29/10/22	Cs		300DH	<p>Dr Reda MIKOU Chirurgien Ophtalmologiste</p> <p>118 Avenue Stendhal - Casablanca, SC Tel. : (+212) 0522 47 15 94 e-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SEE OPTICAL 13 Rue Ouassama ibn Youssouf Laid. C. L. Familia Maal Casablanca	02/01/2023	4.900,- DHS

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
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

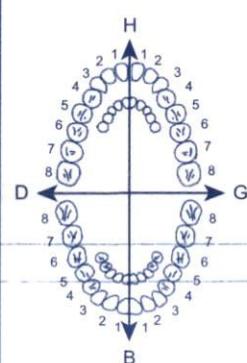
Diagramme de la denture humaine avec les numéros de dents et les axes H, G, D, B.

The diagram shows the upper and lower dental arches. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch has teeth numbered 8 through 1 from left to right. Four axes are indicated: H (vertical), G (horizontal), D (vertical on the left), and B (vertical on the right).

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000



[Création, remont, adjonction]

⁷ Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

www.sarpar.com

Dr. Reda MIKOU

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitréo-Rétinienne

CLINIQUE STENDHAL

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

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



PT201124170247

29 octobre 2022

Mr EL JAZZARI Hicham

Monture + verres correcteurs

Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.25 (- 0.75 à 8)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 165)

SEE OPTICAL
17,18 Rue Olassama Ibniou
Zaid Galerie Farilia Maarif
Casablanca

Dr Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste

18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC

Tél. : (+212) 0522 47 15 94

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 : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

Dr. Reda MIKOU

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitréo-Rétinienne



CLINIQUE STENDHAL

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

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



PT201124170247

29 octobre 2022

Mr EL JAZZARI Hicham

MIXTEARS

1 goutte x 3/ j, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

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



CASABLANCA , le 02/01/2023

Facture N° 0002169

Mr EL JAZZARI Hicham.

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 Monture Optique	2.200.00
2 Verres Correcteurs organiques anti-reflets	2.000.00
OD: +0.25(-0.75à8°)	
OG: +0.25(-0.25à165°)	

Dont TVA (20%)	700.00
TOTAL TTC	4.200.00
	INPE: 095027678

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
Quatre mille deux cents Dirhams

SEE OPTICAL
17,18 Rue Oussama Ibno
Zaid Galerie Familia Maarif
Casablanca

Siège Social : 17-18 rue OUSSAMA IBNOU ZAID GALERIE FAMILIA- CASABLANCA MAROC
R.C : 503003 – Taxe Professionnelle: 35782422 – I.F : 45907312 – ICE :002835210000081
Tel/Fax: 212 522 233 640 - GSM: 0664 625 379
e-mail: seeoptical20@gmail.com