

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

N° W19-463891

53454

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 8758 | | Société : ROYAL AIR MAROC | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Ben SALAH EL HAATI |
| Nom & Prénom : BEN SALAH EL HAATI | | Date de naissance : 25/09/1968 | |
| Adresse : 36 RUE ITTAR ALLONSSI APT 25 CASABLANCA | | Tél. : 0665686897 Total des frais engagés : 30.00 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 : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : Bensalah ED

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

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.
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

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 : 30/11/2020

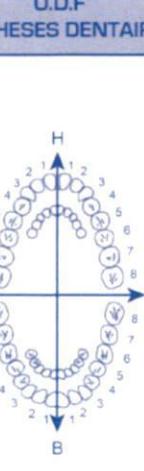
Signature de l'adhérent(e) : Ben Salah

Le : 30/11/2020

| 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 |
| 19/10/2020 Cs | | Gratuite | | INP : 09 M63 280  Dr Reda Kabbaj Chirurgien Ophtalmologiste 18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC (+212) 522 475 94 klinikuestendhal.com |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| <i>OCULUS OPTIQUE 26, Rue de la Bourgogne, 71000 Tél: 03-85-11-00-00 Email: oculus@orange.fr</i> | 09.11.2020 | | | | | 3000v | |

VOLET ADHERENT

| 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"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 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 PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | H | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 رضى ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT191216155308

19 octobre 2020

Mr. BENSALAH El Maati

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

VL :

OD = Plan

OG = Plan

VP :

ODG = Add : + 2.00

OCULUS OPTIQUE
26, Rue Hammam Aïloussi
Bourgogne Casablanca
Tél: 0522 22 94 46
email: oculus@wanadoo.fr

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

26, rue Imam Aloussi Bourgogne
(à côté de la clinique Badr)
Casablanca - Maroc

Tél.: +212 (0) 522 22 94 46
Fax: +212 (0) 522 47 64 89
e-mail: oculus@live.fr

Patente: 35601340
R.C.: 281816
T.V.A.: 827679
C.N.S.S.: 60111184



Date: 07/11/2020
Nom du client: BENSELAH EL MAATI
N° facture: 157/20

OCULUS OPTIQUE
26, Rue Imam Aloussi
Bourgogne - Casablanca
Tel: 0522 22 94 46
email: oculus@live.fr

| Quantité: | Designations: | Prix: |
|-----------|--------------------------------|--------|
| 1 | MONTURE OPTIQUE | 800DH |
| 2 | VERRES OPTIQUES PROGRESSIFS | 2200DH |
| | INPE 095001707 | |
| | ICE 000830889000060 | |
| | Total: | 3000dh |

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE DHS TTC.