

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.

N° W21-727055

154677

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> A |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13177 | | Société : Royal Air Maroc | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : Bennis Zineb | | | |
| Date de naissance : 13/03/1995 | | | |
| Adresse : bd t berrahim bouchrid, Avenue Bir Hakeim Res P. Terrasta, Oasis | | | |
| Tél. : 0662311855 | | Total des frais engagés : 2300 | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 28/03/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : BENNIS ZINEB | | | |
| Age: 22 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan | | | |
| Nature de la maladie : AFFECTION MUPRAS 62UL AIRE | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 MAR 2023 | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adjudicataire. | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 12/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :





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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/12/82 | S | 3000 | | INP : 06188366 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------------------------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| GREAT OPTICAL YOUNIMIANE SARL MOROCCO-CASABLANCA TEL : 00010231600028 TEL : 05 22 79 74 42 | 28/12/82 | monture + verre AR | | | | 2000,00 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

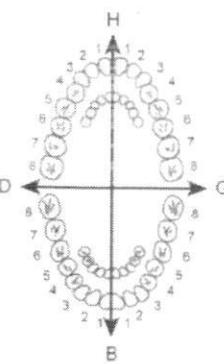
ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan d

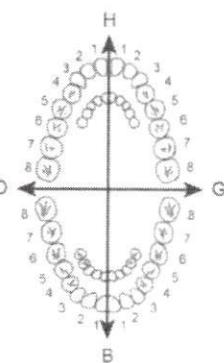
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433582 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| G | | |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



PT210930155705

28 décembre 2022

Mme BENNIS Zineb

Monture + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 0.25 (- 0.25 à 174°)

OG = (- 0.50 à 18°)

GREAT OPTICAL
YOUNIMANE SARL
MOROCCOMAROC CASABLANCA
ICE : 000102316000026
TEL : 05 22 79 74 42

GREAT OPTICAL

YOUNIMANE SARL

FACTURE:

MOROCCO MALL

DATE: 28.01.2023

CLIENT: BENNIS ZINEB

ICE: 000102316000028

DESIGNATION :

- MONTURE : 500.00
- VERRE ANTIREFLETS : 1500.00

| | SPH | CYL | AXE | ADD |
|----|-------|-------|-----|-----|
| OD | -0.25 | -0.25 | 174 | |
| OG | | -0.50 | 18 | |

TOTAL TTC

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE DEUX MILLE
DIRHAMS .

Morocco Mall, 1er étage Casablanca Maroc

Tel : 00212522797442-E-mail : brika19@hotmail.fr

I.f: 40391402-T.P.: 35773697 R.C.: 216945-I.N.P.E: 095022489- ICE : 000102316000028

GREAT OPTICAL
YOUNIMANE SARL

MOROCCOMALL CASABLANCA
ICE : 000102316000028
TEL : 05 22 79 74 42