

## 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-690996

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

506

Société :

Royal AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Rosy REDAA

JIL ALI

Date de naissance :

01.01.1942

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

06 68 11 84 51

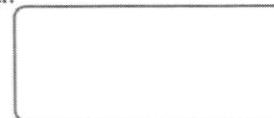
Total des frais engagés :

859,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :



### 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
15/04/23	15/04/23	250.98	INP : 1111111111111111	Pr. BENCHEKROUN Nabiha Spécialiste en Neuro-Ophthalmologie Explorations Fonctionnelles Visuelles INPE : 101107795 Centre Hospitalier Cheikh Zaid

### EXECUTION DES ORDONNANCES \*\*\*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAMILIALE INARE SAR AU Hay Mly. Abdellah Rue 187 N°15 Casa - Tel: 0529 294 870	15/04/23	PHARMACIE FAMILIALE INARE SAR AU Hay Mly. Abdellah Rue 187 N°15 Casa - Tel: 0529 294 870 600.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

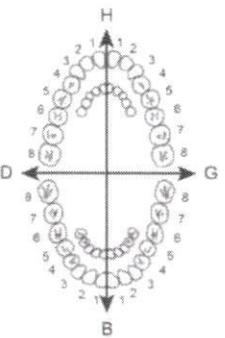
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

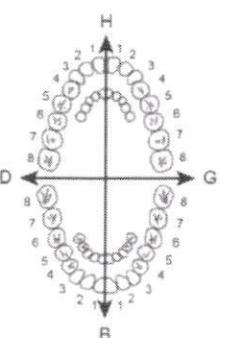
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### SOINS DE



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25633412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD

Pr. BENCHEKROUN Nabiha  
Spécialiste en Neuro-Ophtalmologie  
Explorations Fonctionnelles Visuelles  
INPE : 101107795  
Hôpital Cheikh Zaid  
\*\*\*

Foundation Cheikh Zaid Ibn Soltan

15/04/2023

SAFOUANE

Salve

124.  $\rightarrow \alpha 3$

Kradrop

5. v

LOT 0360921  
2023.09  
PPC DHS 179,00

2 100

52 13

3)

$$(\text{gHe} + \text{B}^1\text{S})$$

xiloid foot

19He + 3Li

Ied ocollege

19th

OD  
Cx

OPHTALMOPHY

PPC

124.00 DHS

Document 2

Indic  
treatm  
inflam  
the o  
and c

Indic  
van s  
aanhe  
van h  
Volw

Indi  
hand

tre  
in  
th  
an  
  
**In**  
Va  
aa  
Va  
V

OPHTALMEL  
PPC  
124.00 DHS

**PHARMACIE FAMILIALE INARA**  
SARL AU  
Hay Mly. Abdellah  
N°15 Casablanca - Tel: 0524 11 11 11  
Spécialiste  
Explorateur

Pr BENCHEKROUN Nabiha  
Spécialiste en Neuro Ophtalmologie  
Explorations Fonctionnelles Visuelles  
INPE : 101107795  
Hôpital Cheikh Zaid  
\*\*\*

PHARMACIE FAMI  
SARL A

6118001270088 PPV : 58,00 DHS

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid  
Hôpital Universitaire International



الملكية المغربية

مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 15/04/23 A

Quittance N°

IPP : 1316 844 N° de dossier : C233798216

Patient : SAFOUAN ZOHRA

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 15/04/2023

Description :

Medecin : C0334 BENCHEKROUN NABIHA

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.



2.814.716  
DI : 3209.916...

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2127106