

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0027408

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : AS 845  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AGAL OTMANE  
Date de naissance : 1948  
Adresse : 95 RUE DEJOURNE 15 HUY RUE CHER  
Tél. : 0614533331 Total des frais engagés : 380,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2011  
Nom et prénom du malade : M. OTMANE Age : 75 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : V.S.I.  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : RAZAT Le : 13/03/23  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
13/03/2023	Service Adm. et Facturation	1	3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

13/03/2023

Service Adm. et Facturation

8000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

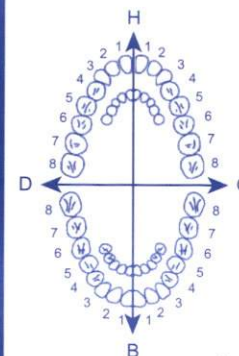
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

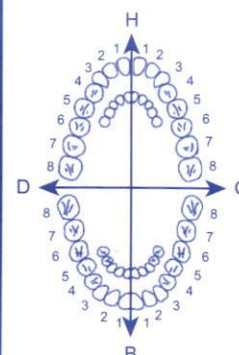
D 00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

13/03/2013

AJAL OTMANE

UPA

ECG

Dr. Belahcen





Service Admission/Facturation

IPP : 1 629 193 N° de dossier : C233877606

2 795.90  
DI : 3 186.763...

Patient : AJAL OTMANE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

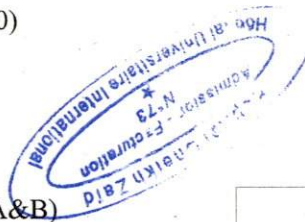
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/03/2023

Description :

Medecin : C02116 ANESTHESISTE(F&A&B)

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



**Assurance**

**CLIENTS PAYANTS**

**Paiement effectué à la CAISSE OPHTA**

**Cachet du caissier :**

*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.*

**N° 2110580**

W  
O  
R

25  
aid  
lon  
national

Royaume du Maroc  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

~~Service Admission / Facturation~~  
**Consultation le : 13/03/23 A**

**IPP :** 1 629 193 **N° de dossier :** A233877605

**2 795.90€**  
**DI : 3 186.763...**

**Patient :** AJAL OTMANE

**Montant :** 80,00 Dh (quatre-vingts et xx / 100)

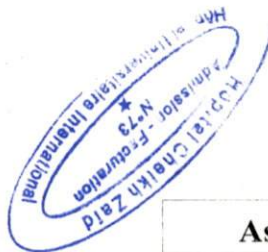
**Mode de paiement :** Espece

**Date d'encaissement :** 13/03/2023

**Description :**

**Medecin :** E0333 BELMEKKI MOHAMMED

**Motif :** HOPITAL DE JOUR



**Assurance**

**CLIENTS PAYANTS**

**Paiement effectué à la CAISSE OPHTA**

**Cachet du caissier :**

*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.*

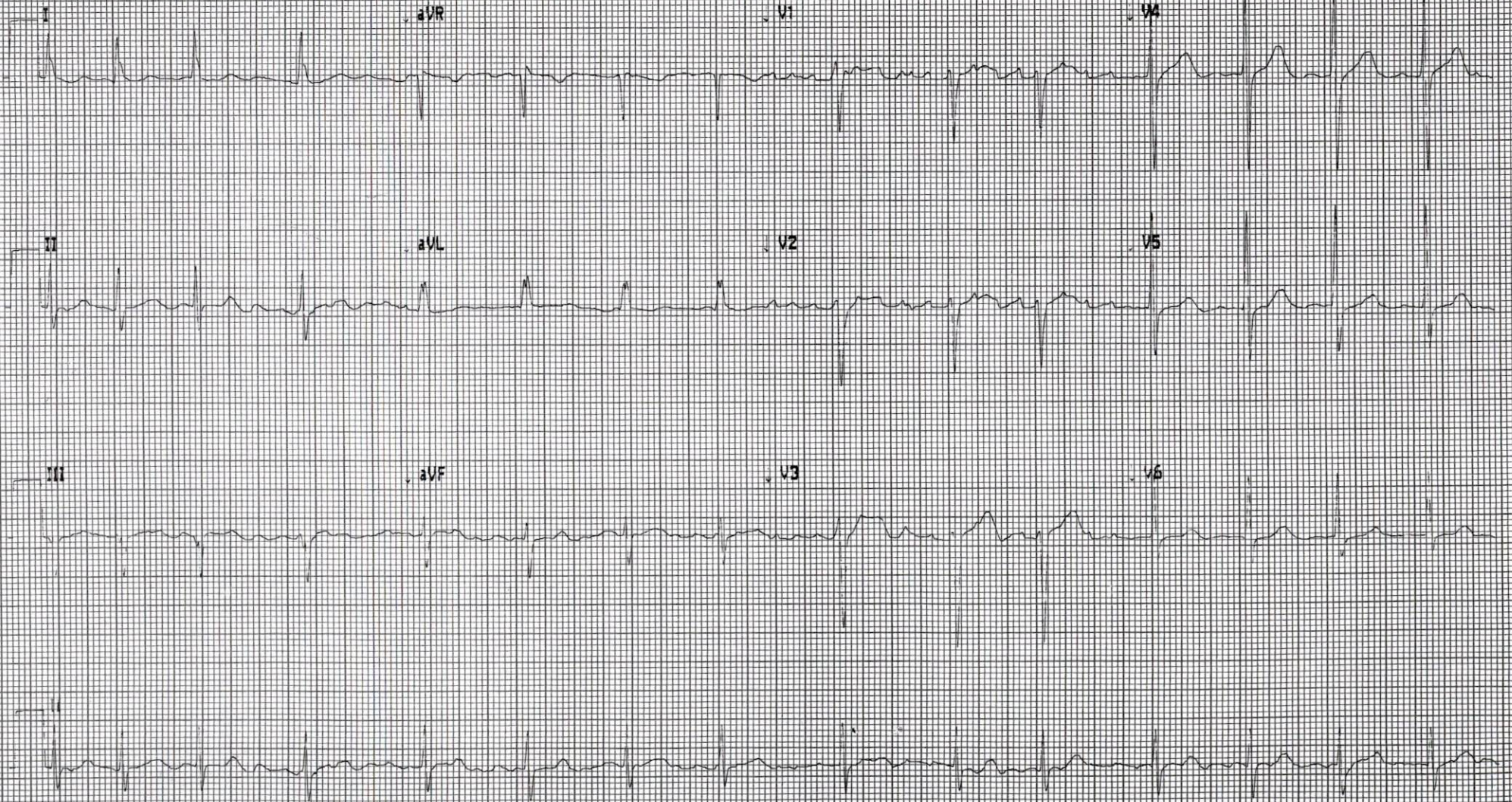
**N° 2110581**



13-Mar-2023 16:48:00

ID:  
D-naiss:  
ans,

Fréq. Card.: 86 BPM  
Int PR: \* ms  
Dur. QRS: 102 ms  
QT/QTc: 368/411 ms  
Axes P-R-T: \* -14 40







## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2023/P/33542 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 1629193 DATE ENTREE : 13/03/2023  
N ° DOSSIER : C233877606 DATE SORTIE : 13/03/2023  
NOM & PRENOM : AJAL OTMANE DATE FACTURATION : 14/03/2023

### DESIGNATION DES PRESTATIONS

### PRIX UNITAIRE

### NOMBRE

### MONTANT DH

#### ACTES

CONSULTATION (EXT) 300,00 1,00 300,00

TOTAL ACTES : 300,00

#### Honoraires Medecins

#### NESTHESISTE (F&A&B)

CONSULTATION SPECIALISTE (EXT) 200,00 1,00 200,00

TOTAL ANESTHESISTE (F&A&B) : 200,00

TOTAL Honoraires : 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de  
trois cents et xx / 100

Total général : 300,00

Total encaissement : 300,00 Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA







N° DE FACTURE : 2023/P/33542-3037653

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS

IPP : 1629193

DATE ENTREE : 13/03/2023

N ° DOSSIER : C233877606

DATE SORTIE : 13/03/2023

NOM & PRENOM : AJAL OTMANE

DATE FACTURATION : 14/03/2023

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
CONSULTATION SPECIALISTE (EXT)	300,00	1,00	300,00
TOTAL ACTES : 300,00			

Arrêtée la présente facture à la somme de  
trois cents et xx / 100



TOTAL FACTURE	300,00
TOTAL ENCAISSEMENT	300,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2023/P/33870  
IPP : 1629193  
N ° DOSSIER : A233877605  
NOM & PRENOM : AJAL OTMANE

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 13/03/2023  
DATE SORTIE : 13/03/2023  
DATE FACTURATION : 14/03/2023

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<u>IMAGERIE MEDICALE</u>			
RX ECG	80,00	1,00	80,00
TOTAL IMAGERIE MEDICALE :			80,00

Honoraires Medecins

TOTAL :

TOTAL Honoraires :

Arrêtée la présente facture à la somme de  
quatre-vingts et xx / 100

Total général : 80,00

Total encaissement : 80,00 Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA





N° DE FACTURE : 2023/P/33870-3038156  
IPP : 1629193  
N ° DOSSIER : A233877605  
NOM & PRENOM : AJAL OTMANE

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 13/03/2023  
DATE SORTIE : 13/03/2023  
DATE FACTURATION : 14/03/2023

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS

PRIX UNITAIRE

NOMBRE

MONTANT DH

TOTAL :

IMAGERIE MEDICALE

80,00

Arrêtée la présente facture à la somme de  
quatre-vingts et xx / 100

TOTAL FACTURE	80,00
TOTAL ENCAISSEMENT	80,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA

Page 1 sur 2