

# 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.

M22- 0027408

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1002 Société : AS 84

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AGAL OTOMANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE DE RENDEZ-VOUS 215 4000 CASABLANCA

Tél. 061 45 33 31 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 : AGAL OTOMANE Age : 75

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 : RABAT Le : 13/03/2011

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Honoraires	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/03/2023	Actes de Chirurgie	100	3000	Dr. F. Zaidi Spécialiste en Anesthésie et Réanimation Hôpital Universitaire International

### 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
13/03/2023		Actes de Radiologie	800

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to the left and right sides. Labels H, G, D, and B are positioned around the arches."/				

13/03/2013

AJAL OTMANE

UPA

ECG

Dra. Belahcen

Dr. FARES Hakima  
Spécialiste en Anesthésiologie-Réanimation  
N° E : 1098945  
Hopital Cheikh Zaid  
\*\*

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

### 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)

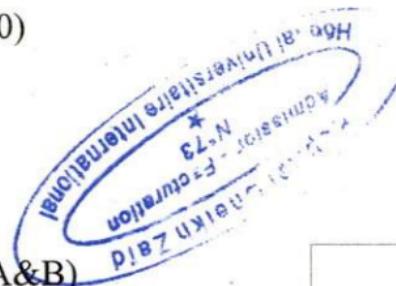
Mode de paiement : Espece

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**

*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.*

### **Cachet du caissier :**

N° 2110580

W  
O  
W





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

IPP : 1629 193 N° de dossier : Quittance N° A253877605

Patient : AJAL OTMANE

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/03/2023

Description :

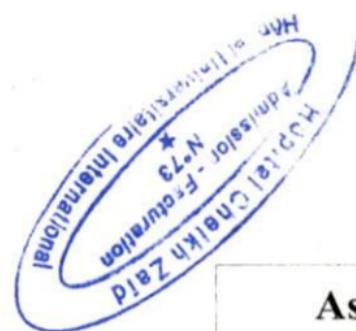
Medecin : E0333 BELMEKKI MOHAMMED

Motif : HOPITAL DE JOUR

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.



Assurance  
CLIENTS PAYANTS

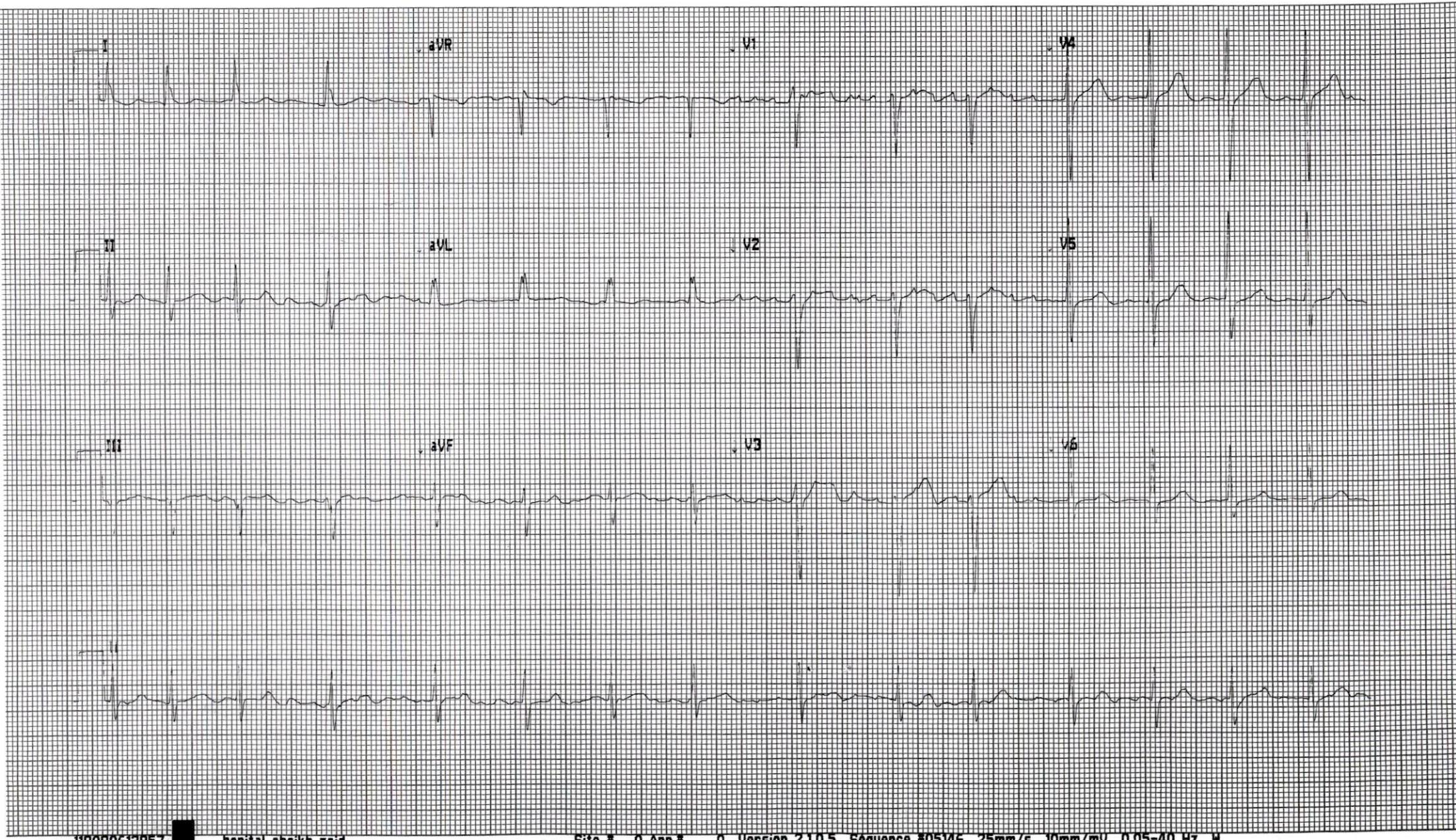
Cachet du caissier :

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  
IPP : 1629193  
N° DOSSIER : C233877606  
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
<b><u>ACTES</u></b>				
CONSULTATION (EXT)		300,00	1,00	300,00
				<b>TOTAL ACTES : 300,00</b>
<b>Honoraires Medecins</b>				
<b>NESTHESISTE (F&amp;A&amp;B)</b>				
CONSULTATION SPECIALISTE (EXT)		200,00	1,00	200,00
				<b>TOTAL ANESTHESISTE (F&amp;A&amp;B) : 200,00</b>
				<b>TOTAL Honoraires : 200,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents et xx / 100		Total général :		300,00
Total	300,00			

Les montants affichés sur cette facture sont en net





N° DE FACTURE : 2023/P/33542-3037653  
IPP : 1629193  
N° DOSSIER : C233877606  
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
SPECIALISTE (EXT)	300,00	1,00	300,00
TOTAL ACTES : 300.00			

## 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 ENTRÉE : 13/03/2023  
 DATE SORTIE : 13/03/2023  
 DATE FACTURATION : 14/03/2023

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

Honoriaires Medecins

TOTAL :

TOTAL Honoriaires :

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 DH



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 MÉDICALE	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