

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

189644

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044106

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Amale Riffi

Date de naissance : 1/01/63 Casa

Adresse : 4 Rue Taounate Casa

Tél. : 0661391716 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : DAONER JANAL Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : ..... ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : AA-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
23/11/2023	Facture	145837	3850	

### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

2 939 866

.....

Quittance N°

PP : 1 578 034 N° de dossier : H230136229

DI : 3 359 080

Patient : DAOUMER JAMAL

Montant : 3 950,00 Dh (trois mille neuf cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE

N° du document : 1382

Date d'encaissement : 23/11/2023

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Cachet du caissier :

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



N° 2236394



**Facture N° : 2 023/C/63 317**

**IPP : 1 578 034**

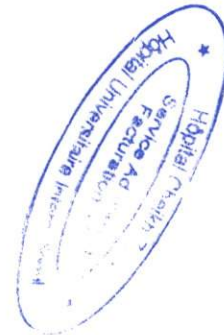
Nom du patient	Modalité paiement	N° de dossier	Date de facturation	Période hospitalisation		
				Début	Fin	
DAOUMER JAMAL	CNSS-AMO	H230136229	30/11/2023	23/11/2023	24/11/2023	
Désignation des prestations		Nbre	Prix unitaire	Montant Dh	Part Assu.	Part patient
ACTES						
CATARACTE AVEC PHACO		1,00	8 500,00	8 500,00	4 550,00	3 950,00
Total Clinique :				8 500,00	4 550,00	3 950,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **8 500,00**

**Total général :**

**8 500,00**

Organisme	Facture	Montant
CLIENTS PAYANTS	2 023/P/145 937	3 950,00
CNSS-AMO	2 023/C/63 317	4 550,00







**Facture N° : 2 023/C/63 317**

**- Detail**

**IPP :1 578 034**

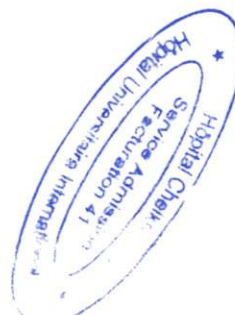
Nom du patient	Modalité paiement	N° de dossier	Date de facturation	Période hospitalisation	
				Début	Fin
DAOUMER JAMAL	CNSS-AMO	H230136229	30/11/2023	23/11/2023	24/11/2023

Désignation des prestations et medecin	Nbre	Prix unitaire	Montant Dh	Part Assu.	Part patient
<b>CATARACTE AVEC PHACO</b>					
MOHAMMED BENHARBIT OPHTALMOLOGIE	1,00	200,00	200,00	107,06	92,94
MOHAMMED BENHARBIT OPHTALMOLOGIE	1,00	2 360,00	2 360,00	1 263,29	1 096,71
ANESTHESISTE(F&A&B) ANESTHÉSIOLOGIE-RÉANIMATION	1,00	650,00	650,00	347,94	302,06

N.B: Les Honoraires ci-dessus sont compris dans le calcul des prestations de la première page

Désignation des prestations	Prix unitaire	Nombre	Montant Dh
<b>ACTES</b>			
107 CATARACTE AVEC PHACO	8 500,00	1,00	8 500,00
<b>Total ACTES : 8 500,00</b>			<b>Total : 8 500,00</b>

Description article	Prix u.	Quantité	Total
<b>Total Articles :</b>			

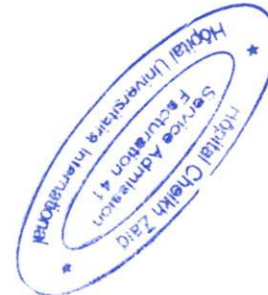




N° DE FACTURE : 2023/P/145937-3208835  
IPP : 1578034  
N ° DOSSIER : H230136229  
NOM & PRENOM : DAOUMER JAMAL  
MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 23/11/2023  
DATE SORTIE : 24/11/2023  
DATE FACTURATION : 24/11/2023

## FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES CATARACTE AVEC PHACO	3 950,00	1,00	3 950,00
TOTAL ACTES : 3 950,00			



Arrêtée la présente facture à la somme de  
trois mille neuf cent cinquante et xx / 100

TOTAL FACTURE	3 950,00
TOTAL ENCAISSEMENT	3 950,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA



## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2023/P/145937  
IPP : 1578034  
N° DOSSIER : H/30136229  
NOM & PRENOM : MOUMER JAMAL

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
DATE ENTREE : 23/11/2023  
DATE SORTIE : 24/11/2023  
DATE FACTURATION : 24/11/2023

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>			
CATARACTE AVEC PHACO	3 950,00	1,00	3 950,00

**TOTAL ACTES : 3 950,00**

Honoraires Medecins

NESTHESISTE (F&A&B)

CATARACTE AVEC PHACO

302,06 1,00 302,06

**TOTAL ANESTHESISTE (F&A&B) : 302,06**

OHAMMED BENHARBIT

CATARACTE AVEC PHACO

1 096,71 1,00 1 096,71

CATARACTE AVEC PHACO

92,94 1,00 92,94

**TOTAL MOHAMMED BENHARBIT : 1 189,65**

**TOTAL Honoraires : 1 491,71**

Arrêtée la présente facture à la somme de  
trois mille neuf cent cinquante et xx / 100

Total général : 3 950,00

Total encaissement :

3 950,00

Solde

0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MA





Association Maladie Oculaire  
CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

## Rapport Chirurgical

Nom et prénom : DAOUMER JAMAL	N° Entrée : H230136229	IPP : 1578034
Date naissance : 25/05/1959	CIN :	Sexe : M
Etablissement : Hôpital Cheikh Zaid		
Date d'entree : 23/11/2023	Date de sortie : 23/11/2023	

### Type d'admission :

☒ Hospitalisation programmé :

Médical : ☐

Chirurgical : ☒

Hôpital de jour : ☐

☐ Urgence :

Urgence : ☐

### Service(s) d'hospitalisation :

Nombre de jours :

Médecin :

Intervention : 23/11/2023

Chirurgie : 0 Jrs - DE : 23/11/2023 | DS : 23/11/2023

Réanimation :

Poly :

CCV :

Néonatale :

Organisme : PAYANT09

### Libellé et nature de l'acte :

**Diagnostic :** Cataracte OG

**Indication :** Phaco + IOL OG

### Compte-rendu opératoires :

- Sous anesthésie topique.
- Désinfection des CDS conjonctivaux à la Bétadine.
- PCA à 10H, porte de service à 2H.
- Injection de bleue vision.
- Injection de visqueux.
- Capsulorhexis antérieur.
- Hydrodissection.
- Phacophagie US.
- Lavage aspiration des masses A.
- IOL pliable dans le sac.
- Lavage de la chambre antérieure.
- Hydrosuture PAC et porte de service.
- Traitement local
- Pansement.



PR. MOHAMMED BENHARBIT



43904242



63312



010

231M

Casablanca, le 16/11/2023 في الدار البيضاء، في



Direction des Prestations AMO

مديرية تعويضات التأمين الإجباري عن المرض

HOPITAL UNIVERSITAIRE  
AV ALLAL EL FASSI. MADINAT 20000  
RABAT

Réf : N° d'immatriculation : 106229761

Nom et prénom de l'assuré : DAOUMER JAMAL

Nom et Prénom du bénéficiaire : DAOUMER JAMAL

Utilisateur : R8489

**Objet : Attestation de prise en charge**

**الموضوع : شهادة التحمل**

Madame, Monsieur,

سيدتي، سيدي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 880319242 reçu le 15/11/2023 nous vous faisons part de notre accord concernant :

جوابا على ملفكم المتعلق بالنحمل رقم 880319242 والذي وافيتمونا به بتاريخ 2023/11/15 نطلعكم على موافقتنا بخصوص :

Le bénéficiaire

DAOUMER JAMAL

المستفيد

L'établissement

\ 100004076

Le montant accordé

4550,00 DH

المبلغ المعوض

La validité de prise en charge

du 23/11/2023 au 23/12/2023

صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer dans un délai n'excédant pas 90 jours à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأجل المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

وتفضلوا سيدتي، سيدي، بقبول خالص تحياتنا.

Réserves :

- S/R: Compte rendu operatoire

قسم الموافقة المسبقة والتحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge