

# 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 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 une fois par an.

## 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.

188644

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 Tawanele Casa

Tél. 0661381916

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DAOINER ANAL Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

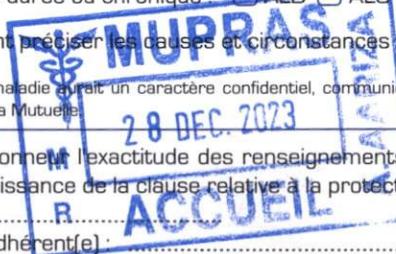
Nature de la maladie :

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 : B ACCUEIL Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Q

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/11/2023	Facture VS		45937	
20/8/2023			38500	

## 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

2 939.860  
.....

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.

Hôpital Universitaire International - Facturation

N° 2236394

Facture N° : 2 023/C/63 317

IPP :1 578 03.

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
<b>Total Clinique :</b>			<b>8 500,00</b>	<b>4 550,00</b>	<b>3 950,00</b>

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

Total général :

8 500,00

<b>Organisme</b>	<b>Facture</b>	<b>Montant</b>
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

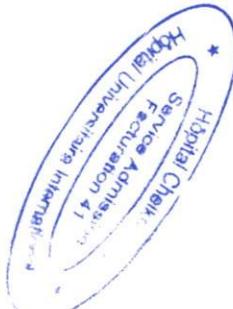
IPP : 1 578 03

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	1,00	200,00	200,00	107,06	92,94
OPHTALMOLOGIE					
MOHAMMED BENHARBIT	1,00	2 360,00	2 360,00	1 263,29	1 096,71
OPHTALMOLOGIE					
ANESTHESISTE(F&A&B)	1,00	650,00	650,00	347,94	302,06
ANESTHÉSILOGIE-RÉANIMATION					

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
ACTES			
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.	Quantite	Total
			<b>Total Articles :</b>



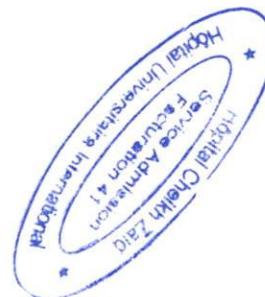


N° DE FACTURE : 2023/P/145937-3208835  
 IPP : 1578034  
 N° DOSSIER : H230136229  
 NOM & PRENOM : DAOUMER JAMAL

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

## FACTURE

DESIGVATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES CATARACTE AVEC PHAC	3 950,00	1,00	3 950,00
<b>TOTAL ACTES : 3 950,00</b>			



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

<b>TOTAL FACTURE</b>	<b>3 950,00</b>
<b>TOTAL ENCAISSEMENT</b>	<b>3 950,00</b>
<b>SOLDE</b>	<b>0,00</b>

Les montants affichés sur cette facture sont en MA

Page 1 sur 2

## **LISTING DES PRESTATIONS**

N° DE FACTURE : 2023/P/145937  
IPP : 1578034  
N° DOSSIER : R/30136229  
NOM & PRENOM : ADOUMER 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
<u>ACTES</u>			
CATARACTE AVEC PHACO	3 950,00	1,00	3 950,00
			<b>TOTAL ACTES : 3 950,00</b>
Honoraires Medecins			
NESTHESISTE (F&A&B)	302,06	1,00	302,06
CATARACTE AVEC PHACO			<b>TOTAL ANESTHESISTE (F&amp;A&amp;B) : 302,06</b>
MOHAMMED BENHARBIT			
CATARACTE AVEC PHACO	1 096,71	1,00	1 096,71
CATARACTE AVEC PHACO	92,94	1,00	92,94
			<b>TOTAL MOHAMMED BENHARBIT : 1 189,65</b>
			<b>TOTAL Honoraires : 1 491,71</b>
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



## 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'entrée : 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



نحو  
الدار البيضاء



OLC

نحو  
الدار

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

Direction des Prestations AMO

مديرية تمويل 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

سيدي، سيدتي

Madame, Monsieur,

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 بالتحمل رقم 880319242 والذي وافقنا به بتاريخ 15/11/2023 نطلعكم على موافقنا بخصوص :

Le bénéficiaire  
L'établissement  
Le montant accordé  
La validité de prise en charge

DAOUMER JAMAL  
100004076  
4550,00 DH  
du 23/11/2023 au 23/12/2023

المستفيد

المبلغ الموضّع  
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 ترافق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدي 90 يوما من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشارة، 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.

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

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

Réserves :

- S/R: Compte rendu opératoire

وتفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا.

قسم الموافقة المسبقة و التحمل

Division Accords Préalables & Prises en Charge