

# 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

- 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.

**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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0034783

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société : 202801  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BIAZ Ngjib  
Date de naissance : 15-11-1949  
Adresse : 82 MEKKA - Lotissement FURIAA - lot 5 - Gélifane Casablanca  
email : nbiaz@hotmail.com  
Tél. : 06 61 14 86 51 Total des frais engagés : 333,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat  
Date de consultation : 05/04/24  
Nom et prénom du malade : BIAZ Ngjib Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Glaucome  
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 : Casablanca Le : 22/04/2024  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# 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
5/04/24				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/24	33,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	5/04/24		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

05 AVR. 2024



u BIAZ Najil  
OD Tobradex collyre en suspension, 5ml x 3 - 4/5 x 3

33,40

PHARMACIE PHAOU  
Av. Allal El Fassi  
Tél : 05 37 77 79 34 - Fax : 05 37 77 55 88

Pr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INDE : 01/07829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

Le 5 4 24

M. BIAZ Naph

pour photo FO  
(un u di gatel)

Pr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat  
\*\*\*



# FACTURE



N° DE FACTURE : 2024/P/45503-3299497

DATE FACTURATION : 05/04/2024

IPP : 1692638

N ° DOSSIER : C244367893

NOM & PRENOM : NAJIB BIAZ

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL

DATE ENTREE : 05/04/2024

DATE SORTIE : 05/04/2024

## OBJET : LISTING DES PRESTATIONS

N ORDRE	REFERENCE	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	QNT	MONTANT DH
ACTES					
1	COG	CONSULTATION RÉGULIÈRE	250,00	1,00	250,00

TOTAL ACTES : 250,00

TOTAL FACTURE :	250,00
TOTAL ENCAISSEMENT:	250,00
SOLDE :	0,00

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : deux cent cinquante et xx / 100





## FACTURE



N° DE FACTURE : 2024/P/45503-3299497

DATE FACTURATION : 05/04/2024

IPP : 1692638

N ° DOSSIER : C244367893

NOM & PRENOM : NAJIB BIAZ

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL

DATE ENTREE : 05/04/2024

DATE SORTIE : 05/04/2024

N ORDRE	REFERENCE	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	QNT	MONTANT DH
ACTES					
1	COG	CONSULTATION RÉGULIÈRE	250,00	1,00	250,00
TOTAL ACTES :					250,00

### Honoraires Medecins

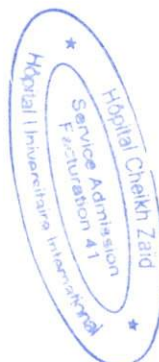
MOHAMMED BENHARBIT

CONSULTATION RÉGULIÈRE

167,00 1,00 167,00  
TOTAL MOHAMMED BENHARBIT : 167,00  
TOTAL Honoraires : 167,00

TOTAL GÉNÉRAL :	250,00
TOTAL ENCAISSEMENT :	250,00
SOLDE :	0,00

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : deux cent cinquante et xx / 100





## FACTURE



N° DE FACTURE : 2024/P/45502-3299496

DATE FACTURATION : 05/04/2024

IPP : 1692638  
N ° DOSSIER : A244368018  
NOM & PRENOM : NAJIB BIAZ

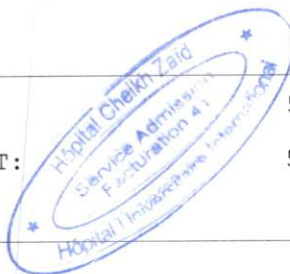
MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL  
DATE ENTREE : 05/04/2024  
DATE SORTIE : 05/04/2024

### OBJET : LISTING DES PRESTATIONS

N ORDRE	REFERENCE	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	QNT	MONTANT DH
ACTES					
1	1099	REMISE HONORAIRE MEDECIN	150,00	-1,00	-150,00
2	411	FOND D'ŒIL	200,00	1,00	200,00

TOTAL ACTES : 50,00

TOTAL FACTURE :	50,00
TOTAL ENCAISSEMENT:	50,00
SOLDE :	0,00



ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : cinquante et xx / 100



## FACTURE



N° DE FACTURE : 2024/P/45502-3299496

DATE FACTURATION : 05/04/2024

IPP : 1692638  
N ° DOSSIER : A244368018  
NOM & PRENOM : NAJIB BIAZ

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL  
DATE ENTREE : 05/04/2024  
DATE SORTIE : 05/04/2024

N ORDRE	REFERENCE	DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	QNT	MONTANT DH
ACTES					
1	1099	REMISE HONORAIRE MEDECIN	150,00	-1,00	-150,00
2	411	FOND D'ŒIL	200,00	1,00	200,00
TOTAL ACTES :					50,00

### Honoraires Medecins

MOHAMMED BENHARBIT

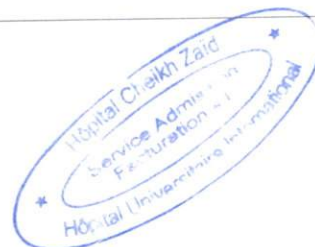
FOND D'ŒIL

REMISE HONORAIRE MEDECIN

150,00	1,00	150,00
150,00	-1,00	-150,00
TOTAL MOHAMMED BENHARBIT :		0,00
TOTAL Honoraires :		0,00

TOTAL GÉNÉRAL :	50,00
TOTAL ENCAISSEMENT :	50,00
SOLDE :	0,00

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : cinquante et xx / 100



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

**Consultation le : 05/04/24** **Quittance N°**

3 020 825

**IPP : 1 692 638 N° de dossier : A244368018**

**DI : 3 454 340**

**Patient : NAJIB BIAZ**

**Montant : 50,00 Dh (cinquante et xx / 100)**

**Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1601**

**Date d'encaissement : 05/04/2024**

**Description :**

**Medecin : E01039 MOHAMMED BENHARBIT**

**Motif : HOPITAL DE JOUR**



**Assurance**

**ENT PAYANT B2C LOC**

**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° 2308232**



Service Admission/Facturation

**Consultation le : 05/04/24** **Quittance N°**

3 020 823

**IPP :** 1 692 638 **N° de dossier :** C244367893

**DI :** 3 454 338

**Patient :** NAJIB BIAZ

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

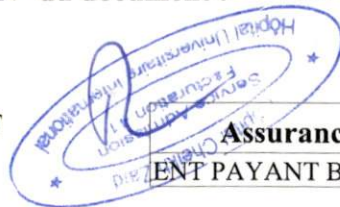
**Mode de paiement :** CARTE BANCAIRE **N° du document :** 1601

**Date d'encaissement :** 05/04/2024

**Description :**

**Medecin :** C01039 MOHAMMED BENHARBIT

**Motif :** CONSULTATION RÉGULIÈRE



**Assurance**

**ENT PAYANT B2C LOC**

**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° 2308231**