

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BI AZ Njib

Date de naissance : 15-11-1949

Adresse : Bd MEKKA - Lotissement FELIDA - Lot 5 - Casablanca

email : nbiaz2@hotmail.com

Tél. : 0661 14 8651

Total des frais engagés : 333,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/24

Nom et prénom du malade : BI AZ Njib

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B & \end{array} $			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION				



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD

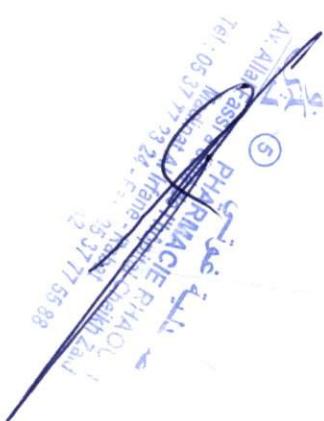
μ
OD

05 AVR. 2024

Blaz Nafel

Tobradex collyre en suspension, 5ml
AMM N° 524/18 DMP /21/ NTO
Boîte de 1 flacon
P.P.V : 33.40 DH

33,40



Pr. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologiste
INPE : 01107829
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Le 5 4 26

M. BAAT Nahr

bonne photo po
(bonne a di gretel)

Pr. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologiste
INPE : 101107829
Hôpital Cheikh Zaid - 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
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	MODALITE DE PAIEMENT	:	CLIENT PAYANT B2C LOCAL
N ° DOSSIER	:	C244367893	DATE ENTREE	:	05/04/2024
NOM & PRENOM	:	NAJIB BIAZ	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

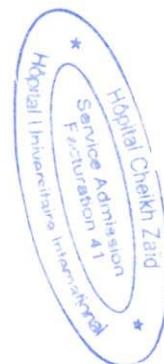
MOHAMMED BENHARBIT

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	MODALITE DE PAIEMENT	: CLIENT PAYANT B2C LOCAL
N ° DOSSIER	: A244368018	DATE ENTREE	: 05/04/2024
NOM & PRENOM	: NAJIB BIAZ	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'EIL	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

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENT PAYANT B2C LOCAL

N ° DOSSIER : A244368018

DATE ENTREE : 05/04/2024

NOM & PRENOM : NAJIB BIAZ

DATE SORTIE : 05/04/2024

N ORDRE REFERENCE DESIGNATION DES PRESTATIONS

PRIX UNITAIRE QNT MONTANT DH

ACTES

1 1099 REMISE HONORAIRE MEDECIN
2 411 FOND D'EIL

150,00 -1,00 -150,00

200,00 1,00 200,00

TOTAL ACTES : 50,00

Honoraires Medecins

MOHAMMED BENHARBIT

FOND D'EIL

REMISE HONORAIRE MEDECIN

150,00 1,00 150,00

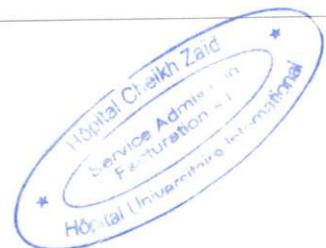
150,00 -1,00 -150,00

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



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

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)

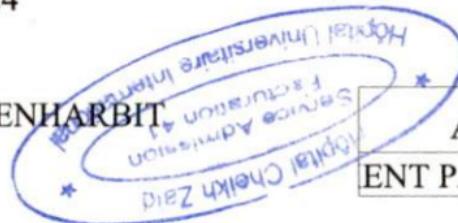
Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1601

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

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° 2308232

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

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)

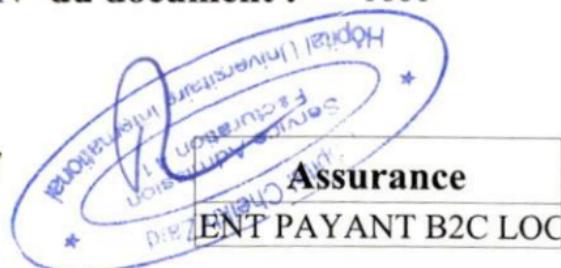
Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1601

Date d'encaissement : 05/04/2024

Description :

Medecin : C01039 MOHAMMED BENHARBIT

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE



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° 2308231