

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 067045

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6744 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

PNC

Nom & Prénom :

Date de naissance :

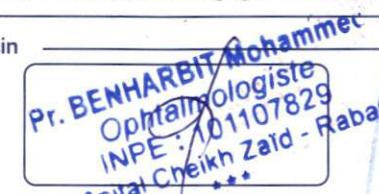
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 671,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3 / 12 / 21

Nom et prénom du malade :

DAOUNI ER

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Géme Fmle

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 :

Centre

Le : 7/12/21

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
03/12/2021			250.00	BENHARBIT Mohamad Ophtalmologiste N° : 101-07829 with Zaid - Rabat

attestant le Paiement des Actes

Pr. BENHARBIT Mohamad
Ophtalmologiste
NPE : 101 07829
Cheikh Zaid - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

ENHARBIT Moh
Ophthalmologue
INPE : 10107829
Hôpital Cheikh Zaid - Ram

~~SALES - RADIOGRAPHIES~~

Cachet et signature de l'Infirmier et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
03	1987	M22017-03 d d d	5000

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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The numbers are arranged as follows: Upper arch: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Arrows indicate the direction of movement for each tooth: clockwise for the upper arch and counter-clockwise for the lower arch. The diagram is oriented with H at the top, D on the left, and B at the bottom.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

19,00

Rabat Le 03/09/20

19,00

KALIEFF

PPV 28DH40
EXP 09/2025
LOT 14094T

~~216.80~~

HARMACIE CAMILLE SARLAU
29, Avenue Hassan II Casablanca
TP : 35553688 - RC : 51289
ICE: 00283112800000
Tél: 0522 27 17 07

DAENNER

Jawal

$28,4^\circ$

44
3m

PPV 126.70 DH
EXP 02 2023
LOT U0121612

LOT U012161 2 EXP 02 2023

00830976000039
ACCE DU PHARE
491_Ppare - CASABLANCA
68 19 - Fa 0522 48 22 02

SV

Pr. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologiste
INPE : 10118729
with Zard - Raba

r. BENHARBIT Moham
Ophthalmologiste
INPE : 101107029
with Zaid - R

BENHARBIT Moham
Ophthalmologiste
INPE : 101101029
with Zard - R

BENHARBIT Moham
Ophthalmologiste
INPE : 101101029
with Zard - R

si, Madinat Al Irfane, Hay Riad - Rabat 10 000 - Maroc - Tél. : +212 537 68 68 48 - Fax : +212 537 68 38 48 - E-mail : contact@hcza.ma - Site Web : www.hcza.ma
عنوان: 6533 شارع مازن القاسمي، مدينة العرائش، الرباط 10 000- المغرب - تلفون: +212 537 68 68 48 - البريد الإلكتروني: contact@hcza.ma

Rabat Le :

03 DEC. 2021

M. DAOUER Jaaf

laur photo fo
(la veal get)

P. BENHARBIT Mohammed
Ophtalmologue
INFE 10110/829
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 03/12/21 Quittance n°

IPP : 1 578 034 N° de dossier : A213280869

DI : 2 866 462

Patient : DAOUMER JAMAL

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 03/12/2021

Description :

Medecin : E01039 MOHAMMED BENHARBIT

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Le reçu 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.

2 520 623

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1870351

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 03/12/21 Quittance n°

IPP : 1 578 034 N° de dossier : C213274008

DI : 2 866 285

Patient : DAOUMER JAMAL

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

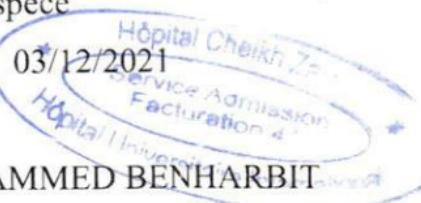
Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement :

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.

Delai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Cachet du caissier :

N° 1870330

Assurance
CLIENTS PAYANTS