

# 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.

## Pharmacie :

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.

## Optique :

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

## Education :

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 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

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

Nº M21- 067040

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : BY PNE

Nom & Prénom : DR FEI Acceyle

Date de naissance : 01/01/63

Adresse : 4 Rue Tammate CASA

Tél. : 0661381216 Total des frais engagés : 250,00 + 466,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

*Pr. BENHARBIT Mohamad  
Ophtalmologiste  
INPE : 10107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rana*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 6/4/22

Nom et prénom du malade : DAOUNEZ Jamel Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Oculiste cheile

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

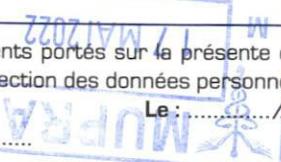
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



## **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
06/04/2022	S*	1	250D	BENHARBI Mohamed Ophthalmologist NPE : 101107829 Sheikh Zaid - Rabat

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/04/2022	466,30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled with letters: H (top), G (right), B (bottom), and D (left). A vertical arrow points upwards from the center, and a horizontal arrow points to the left from the center, defining a coordinate system.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD



Fondation Cheikh Zaid Ibn Sultan  
مؤسسة الشيخ زايد بن سلطان

Rabat Le : 06 AVR 90

Pr. BENHARBIT Mohamed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaid - Rabat  
\*\*\*

DAOUER Jamel

77,10 Dexamfetamine

Atte v3/

6118001 1028 0  
DEXAFREE 1 mg/ml  
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUER

10.  
10  
10

Ocularin® 0,15% OSD  
Hyaluronate de sodium 0,15 %  
Collyre 10 ml  
P.R.C. : 129,90 DH

Ocularin® 0,15% OSD  
Hyaluronate de sodium 0,15 %  
Collyre 10 ml  
P.R.C. : 129,90 DH

Ocularin® 0,15% OSD  
Hyaluronate de sodium 0,15 %  
Collyre 10 ml  
P.R.C. : 129,90 DH

gel  
Atte v3/

Pr. BENHARBIT Mohamed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
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 : 06/04/22

Quittance N°

2 594 535..

IPP : 1578 034 N° de dossier : C223393453

DI : 2 954 918

Patient : DAOUMER JAMAL

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

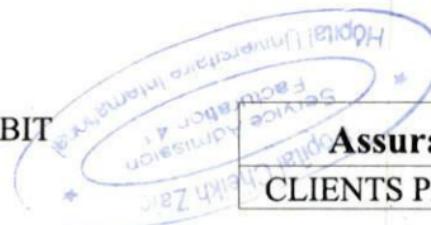
Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1382

Date d'encaissement : 06/04/2022

Description :

Medecin : C01039 MOHAMMED BENHARBIT

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE



Assurance
CLIENTS PAYANTS

### 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° 1933991



## Billet de Rendez-Vous

Rabat, le : ..... 01/03/22 16:39

Docteur: C01039 MOHAMMED BENHARBIT

## Information Patient

IPP : 1 578 034

Nom et prénom : DAOUMER JAMAL : الإسم

Téléphone : 0661205215 : الهاتف

## Information Rendez-Vous

Rendez-vous le : mercredi 06/04/2022 موعد يوم :

A : 14h10 على الساعة :

Pour : CONSULTATION RÉGULIÈRE من أجل:

Pour toute Annulation ou  
Modification merci de prendre  
contact avec le bureau  
Rendez-Vous au :

Consultations : 05 37 13 14 00

من أجل تغيير أو إلغاء موعدكم  
الرجو الاتصال بمكتب المواعيد  
على الرقم

Merci de vous présenter à la  
caisse , 30min avant votre  
Rendez-vous munis de ce  
document .

الرجو الحضور إلى شباك الأداء  
قبل موعدكم ب 30 دقيقة مصحوبين  
بهذه الورقة

Cachet du Service Rendez-Vous

