

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0010677

Optique *153383* Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6744* Société :

Actif Pensionné(?) Autre : *Ex PNC*

Nom & Prénom : *Ri FF Amel*

Date de naissance : *01/01/63*

Adresse : *4, Rue Tadouste El Aai*

Tél. : *6661391716* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



18 JAN 2023

Date de consultation : Nom et prénom du malade : *DAOUNER Jauel* Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Opere de glauque, cchen oeil*

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *leuall*

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 : *cam* Le : *18/01/23*

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

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
15/01/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
18/11/25	18/11/25	photo de po	80000 Frs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AI	MI	PC	
		AM	MA	PC	

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 l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 18/01/23 A

Quittance N°

IPP : 1578 034 N° de dossier : C233569942

2.761.036

DI : 3146 807....

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 : 18/01/2023

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.

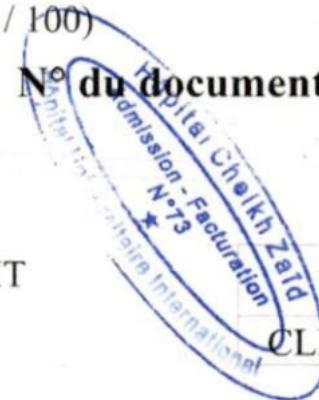
Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2080141



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Consultation le : 18/01/23 A

Quittance N°

[PP : 1 578 034 N° de dossier : A233803663]

Patient : DAOUMER JAMAL

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

Mode de paiement : Especes

Date d'encaissement : 18/01/2023

Description : FO

Medecin : E01039 MOHAMMED BENHARBIT

Motif : HOPITAL DE JOUR

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.

Nº 2080147

Assurance

CLIENTS PAYANTS