

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 506

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENBEDDA JILALI

Date de naissance : 01.01.1942

Adresse : Habilieille

Tél. : 0668118451

Total des frais engagés :

791,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.01.2024

Nom et prénom du malade : SAFOUAN ZOHRA

Age : 74

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Cataracte + glaucome

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 20.01.24

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/2024	CS	25000	DR. BEN Explorations Fonctionnelles VISUELLES INR 101107795 Hôpital Cheikh Zaid ***	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAMILIALE INARA SARL AU Hay Mly. Abdellah Rue 187 N°15 Casa - Tél: 0529 294 850	20/01/24	541140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature 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 l'ODF.

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 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: D (Upper Left), H (Upper Right), B (Lower Left), and C (Lower Right). A vertical blue line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom serves as the midline. A horizontal blue line labeled 'D' on the left and 'C' on the right serves as the transverse axis. The teeth are numbered from 1 to 8 in a clockwise direction starting from the upper central incisors.

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

2 975 54€

Service Admission/Facturation

Consultation le : 20/01/24 A

PP : 1316 844 N° de dossier : Quittance N° C244150260

Patient : AOUAN ZOHRA

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 20/01/2024

Description :

Medecin : C0334 BENCHEKROUN NABIHA

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° 2268372

N°LOT: 230170E
EXP: 1/2026
PPV: 52DH90

LOGIE
2026 - 10
308676
150 DH
PPC:

~~1970.~~

~~2010/12/26~~



زولا®
Xola®

Lot: A 10080
Fab: 01 23
Exp: 03 25

PPV: 95 DH 20

~~2010/01~~

N°LOT: 232380E
EXP: 10/2026
PPV: 52DH90

95,20x3

Xola: 19 He x 21
OPCa

150,00

Megaceonod: ✓

+ 3 ncc

52,90x2

Vi Verb: ✓

زولا®
Xola®
Lot: A 10139
Fab: 01 23
Exp: 01 25

PPV: 95 DH 20

541,40



زولا®
Xola®

Lot: A 10080
Fab: 03 23
Exp: 03 25

PPV: 95 DH 20