

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 |

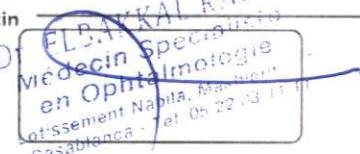
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-789036

154 123

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0030145			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABDELLAH BELLAHZAOUI			
Date de naissance : 13/12/1981			
Adresse : BLOC B1 IMM 10 APPT 05 ETAGE 04 JAVE			
DÉROUA DÉROUA BERRECHID			
Tél. : 0689 40 81 40 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28 Fevr 2023			
Nom et prénom du malade : BELLAHZAOUI MARWA Age : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS on l'heure			
En cas d'accident précisez les causes et circonstances : 21 MAR 2023			
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 : **DE ROU**

Le : **15/03/2023**

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
28 Fevr 2023			200.000	<p>INB : 20230228</p> <p>DR. RACHID MAMOUNI Specialist in Radiology</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Bachat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
0288110290	28.02.83	179,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		



Relevé d'identité bancaire

Identifiant national de compte bancaire

Code banque	Code ville	Préfixe	N° de Compte	Chiffres clés
021	780	0000	2290270550416	2

RIB

02178000022902705504162

Agence du client

CASA MEKDAD LAHRIZI

BIC

CDMAMAMC

Titulaire du compte

OUNJIF NADIF

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de virements ou de prélèvements sur votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards.





CASABLANCA, Le 7 mars 2023

NADIF OPTIC
124 AV MIKDAD LAHRIZI HAY EL HOUDA SEBATA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE

Identifiant adhérent : 030145_1981-12-13_ABDELLAH

N/REF : 20230660020526

Adhérent : BELLAHZAQUI ABDELLAH

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ATIKA YAKINI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de* **2200.00 MAD**

Validité de prise en charge : du 07-03-2023 au 07-06-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center d'affaire Allal Benabdelah. 49, Angle Rue Allal Benabdelah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ATIKA YAKINI.

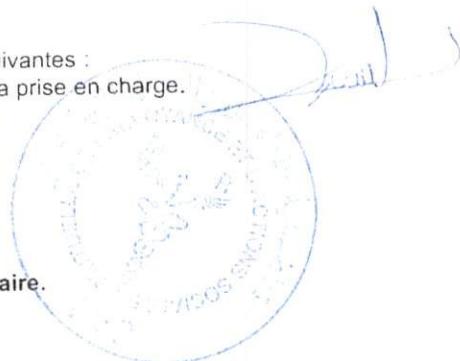
Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

 Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- **Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.**



* Pour information, la part adhérent : **962.00 MAD**



NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Facture

001599/2023

Le : 10/03/2023

Doit: MUPRAS (BELLAHZAOUI MARWA N° 30145)

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	-2.75	-0.50	17	198.00
O-G :	-2.75	-0.75	24	198.00
Add.				

Monture: METAL OPTIQUE 500.00

Vision de Prés:

Verres :

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :				0.00
O-G :				0.00

Monture: 0.00

Total : 896.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Huit Cent Quatre-vingt Seize Dirhams





124, Av. Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca

Tél.: 0522382020 / 0666244242 E-mail: oundif@gmail.com

RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282 INPE :095009924 ICE : 00212839800031



Rif: 02178000002202705504162

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطبي
الدار البيضاء

جراحة العيام البينية [الجلالة]

القرنية المخروطية

تحصيغ البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

28 février 2023

BELLAHZAOUI Marwa

OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

89.00

HY LIGHT C

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

179,70

INP: 06 2014 810
Dr. RACHA ELBAKKAL
L'APHTHALMOPATHIE REGIONALE
Immeuble LAZARUS
Télé: 0522 03 11 11

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila - Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Centre d'Ophtalmologie Spécialisée
en OPHTHALMOLOGIE
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila - Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11



6 118001 07044
Laboratoires Sothema Bourkoura
Opatanol® 1 mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MA
PPV: 90,70 DHS

تجزئة نبيلة، مخلوف، رقم 334، الطابق الثاني - N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب

الدار البيضاء

جراحة العين والجراحة [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيم البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

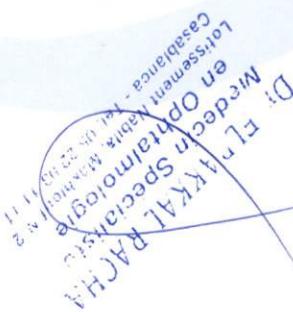
28 février 2023

BELLAHZAOUI Marwa

Monture pour enfant + verres correcteurs
antireflets

OD = - 2.75 (- 0.50 à 17°)

OG = - 2.75 (- 0.75 à 24°)



تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - N°2 étg N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com