

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 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 |

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° W21-789034

MUPRAS
RECEPTIONS

154124

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0030145

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAH BELLAHZAOUI

Date de naissance : 13/12/1981

Adresse : BLOC BINHAD APP 05 ETAGE 01 JNANE DEROUA

DEROURA BERRECHID

Tél. : 06 89 108140 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° AA-215/2019

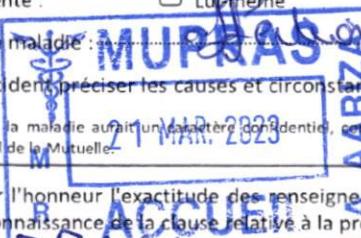
Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 Fevr 2023 Nom et prénom du malade : YAKINI ATIKA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 

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 : 21 MAR 2023 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 CB			200,0000	INP Dr RACHAL SPECIALISTE Maknou

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
COEFFICIENT DES TRAVAUX 				
MONTANTS DES SOINS 				
DEBUT D'EXECUTION 				
FIN D'EXECUTION 				
	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 01433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			
COEFFICIENT DES TRAVAUX 				
MONTANTS DES SOINS 				
DATE DU DEVIS 				
DATE DE L'EXECUTION 				

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplomée 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 العيال البينية [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيف البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

28.02.23



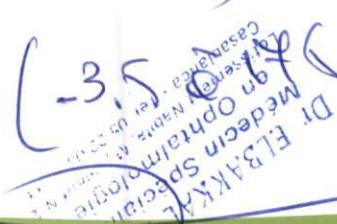
Moutoue
Confection +
monture
+ mire
UC AR

amincie

(-4 à 180)

06-05

(-3,5



تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - N°2
Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N°2

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



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

021780000022902705504162

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 Benabdellah, 49, Angle Rue Allal Benabdellah 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

001600/23

Le : 10/03/2023

Doit: MUPRAS (YAKINI ATIKA N°30145)

Vision de Loin :

Verres : CORRECTEUR ANTIREFLETS AMINCIÉ

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	-0.50	-4.00	180	369.00
O-G :	-0.50	-3.50	175	369.00
Add.				

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE 500.00

Vision de Prés:

Verres :

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

Monture: 0.00

Total : 1 238.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Mille Deux Cent Trente Huit Dirhams

Adhérent N° 30145
Bellaqzaoui Abdellah



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 : 002128398000031

091780000022902705504162

