

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0006126

111347

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R. A. M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL JIRABI Abdesslam

Date de naissance : 01-03-1952

Adresse : 246 Rtesach El WAFAR Anzag  
Deraa

Tél. : 06.67.53.34.60 Total des frais engagés : 536,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHIBIET JASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Ch. Ben Youcef Ben Rechid  
Tél. 052 22 45 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 MARS 2023

Nom et prénom du malade : EL JIRABI Abdesslam Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : Djerba Le : 12/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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.

**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](http://www.mupras.com)

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
11-3-23	CR		250,000dh	Dr. Sounaya CHEBBI - Dr. Hicham Merechid

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARACIE EL OUMOUUMA otissement el wafaa Derouba FIX : 05 22 63 20 50	11-3-23	286,160

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

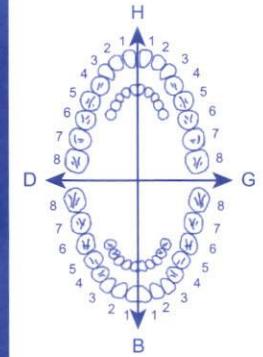
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

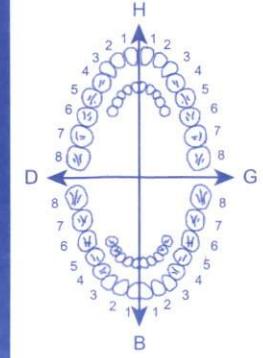
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**[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**



Berrechid, le

11/03/2023

Mr. EL JIRARI Abdesslam

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

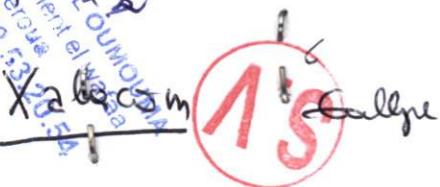
VL :

OD = + 0.25

OG = + 0.25 (- 0.75 à 105°)

VP :

ODG = Add : + 3.00



3 flexons

2 96.60

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47



# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Facture

01616/2023

Le : 20/03/2023

Doit: **MUPRAS (EL JIRARI ABDESSLAM N°2835)**

### Vision de Loin :

Verres : CORRECTEURS PROGRESSIFS ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+0.25	-	-	1 170.00
O-G :	+0.25	-0.75	105	1 170.00
Add.	+3.00			

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 : **2 840.00**

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

Adhérent N°2835  
El Jirari Abdeslam

*M. Jirari*



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

RIB: 02178000002902705504162





Le 15 mars 2023

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**Identifiant adhérent : 0002835\_1952-07-01\_ABDESLAM**

**N/REF : 20230740020694**

**Adhérent : EL JIRARI ABDESLAM**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ABDESLAM EL JIRARI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2840.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 760.00 MAD

Validité de prise en charge : du 15-03-2023 au 15-06-2023.

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

**Centre 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 ABDESLAM EL JIRARI.

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.



## 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.