

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>00.30.14.5</u>	Société : .....
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>ABDELLAH BELLAH AOUA</u>	
Date de naissance : <u>1981/12/13</u>	
Adresse : <u>18 Rue B J.M. 10 APP 05 Etage 01 JARNAF DEROUA DEROUA BIRRECHIO</u>	
Tél. : <u>+33658902599</u>	Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>01 Avril 2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BELLAH AOUA MARWA</u>	Age : <u>33</u>		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>Affection oculaire</u>			
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 : DEROUA

Le : 30/10/2024

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
01 Avril 2024	Acte de consultation	1	200.000	ELBAKKAL R Spécialiste en stomatologie à Namur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

2024 266



CASABLANCA, Le 9 avril 2024

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 : 20241000027883

Adhérent : BELLAHZAQUI ABDELLAH

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MARWA BELLAHZAQUI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 2000.00 MAD.

Véhicité de prise en charge : du 09-04-2024 au 09-07-2024.

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, 45, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème étage, Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à MARWA BELLAHZAQUI.

Veuillez agréer Madame, l'assurance de nos sincères salutations. DM

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS D'INVALITÉS :**

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 de :
  - ✓ Une copie de la demande prise en charge.
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Des documents rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ La facture 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 taxe de garde est de 2100.00 MAD





# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste - Contactologue



Facture N° 1927/2024

Casablanca le : 13/04/2024

**Doit : MUPRAS (BELLAHZAGUI) ACPVA N° 01-5.**

**Correction Optique :**

	SPH	CYL	AXE	ADD	PRIX
CD	-3.00	-0.75	18	-	<b>150.00</b>
OG	-3.00	-0.75	20	-	<b>171.00</b>

Type de verres : Lentilles organique antireflets	
Type de la monture : Plastique Optique	Prix 500.00

TOTAL HT	HONORAIRES 10%	TVA 20%	TOTAL TTC
746.00	74.00	149.00	<b>821.00</b>

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Huit cent vingt et un dirhams



124 Av. Mikdad L'Abd Hay El Houda Sebata- Casablanca

Tél: 0522382020 / 0566244242 Email: [oundif@gmail.com](mailto:oundif@gmail.com)

RC: 422582 Patent: 3748833 N°: 41265282 INPI: 000009924 ICE: 002128398000031

RIB: 001 100000290 001 504162

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers - Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



**الدكتورة رشا البقال**  
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

# ORDONNANCE

01 avril 2024

Mr. BELLAHZAQUI Marwa

Monture + verres correcteurs  
antireflets pour VL

OD = - 3.00 (- 0.50 à 16°)

OG = - 3.00 (- 0.75 à 28°)



تجزئة نبيلة ، مخلوف رقم 338، الطابق الثاني - N°2

Lotissement Nabila, Makhlouf N°338, étg N°2, الطابق الثاني - N°2



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com