

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 canaux, 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 canaux.

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

N° P19- 062076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0010511 Société : RAM 40485
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JBARI - FARID
Date de naissance : 31/12/1954
Adresse : LOT. ONA, 219 - DENA
Tél. : 06 65 34 2435 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03 Sept 2020
Nom et prénom du malade : JBARI - FARID Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : DENA Le : 15/09/2020
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

03 Sep. 2020	\$		200,05	

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

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

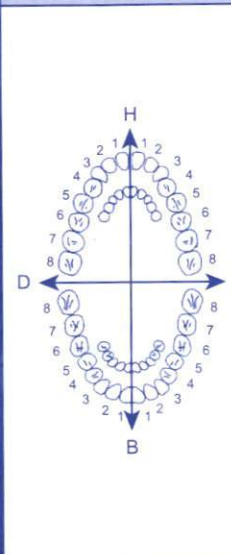
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT
MASTICATOIRE

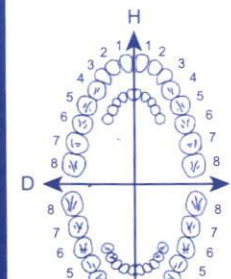
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



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

ORDONNANCE

03-09-2020



Jbaci Gaid

Monture avec la correction

pour **HL AR photochromique**

progressive

• **OD:** +2 (-0.5 à 75°)

• **OG:** +1.5

AD + 2.50 DB

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhoulouf N°2
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334. الطابق الثاني. Lotissement Nabila, Makhoulouf N° 334, eig N°2

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

NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Facture

00450/2020

Le : 04/09/2020

Doit: MUPRAS (JBARI FARID N° 0010511)

Vision de Loin :

Verres : PROGRESSIVE AR PHOTOCHROMIQUE

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+2.00	-0.50	75	960.00
O-G :	+1.50	-	-	960.00
Add.	+2.75			

Monture: PLASTIQUE OPTIQUE 350.00

Vision de Prés:

Verres :

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

Monture: 0.00

Total : 2 270.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :
Deux Mille Deux Cent Soixante Dix Dirhams

JBARI FARID :
N° : 0010511



124, Av. Mikdad Lahrizi Hay El Houda Sebata- Casablanca
Tél.: 0522382020 / 0600656419/ 0666244242 E-mail: oundif@gmail.co
RC: 427582 Patente: 37488923 IF : 40265282



= 021 780 0000 22 902 7055041 62

= 00212 8398 0000 31

INPE: 095009924



Le 8 septembre 2020

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

N/REF : : 20202510005584

Adhérent : JBARI FARID

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de FARID JBARI.

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 : 2270.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 730.00 MAD

Validité de prise en charge : du 07-09-2020 au 07-12-2020.

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 FARID JBARI.

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

Directeur MUPRAS

NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- **Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.**
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture

CREDIT DU MAROC
MEKDAL LAHRIZI

CASABLANCA, le 03/07/2019

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
N° 2298443

Agence : 229 CASA MEKDAL LAHRIZI
Réf.Op. : 2299919184051066

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande.

Code	Code Ville	Numéro de Compte	Clé RIB
021	780	0000229027055041	62

Titulaire du

Adresse du

OUNJIF NADIF

124 BD MEKDAL LAHRIZI
HAY EL HOUDA CASA

20452 CASABLANCA



Crédit du Maroc :

Société Anonyme à Direction et Conseil de Surveillance au capital 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58 boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. : 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agrément : 2018/94 - R.C. : 28 717 - I.F. : 01085466
Patente : 33103720 - N.S.S. : 1928079

مصرف المغرب :
شركة مساهمة ذات مجلس الإدارة الجماعية و ذات مجلس الرقابة
رأس مالها 1035 848 200 درهم - المقر الرئيسي : 48- 58 شارع محمد الخامس - الدار البيضاء
ص.ب. : 13 579 - الهاتف : +212(0) 522 47 70 00 - الفاكس : +212(0) 522 27 71 27
رقم الرخصة : 94 - 2348 - ص.ب. : 28 717 - رقم التعريف الخاتي : 01085466
رصيد التجارة : 33103720 - ص.و.ص.ح. : 1928079

CASABLANCA, le 03/07/20

CREDIT DU MAROC

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE
N°

Agence : 229 CASA MEKDAL LAHRIZI
Ref.Op. : 2299919184051066

Nous vous prions de trouver ci-joint un relevé d'identité bancaire établi à la suite de votre demande.

Code	Code Ville	Numéro de Compte	Clé RIB
021	780	0000229027055041	62

Titulaire du

Adresse du

OUNJIF NADIF

124 BD MEKDAL LAHRIZI
HAY EL HOUDA CASA

20452 CASABLANCA

Crédit du Maroc :

Société Anonyme à Direction et Conseil de Surveillance au capital 1 035 848 200 Dhs
Siège social : 48-58 boulevard Mohammed V - Casablanca - B.P. : 13 579
Tél. : +212 (0) 522 47 70 00 - Fax : +212 (0) 522 27 71 27
Agrément : 2018/94 - R.C. : 28 717 - I.F. : 01085466
Patente : 33103720 - N.S.S. : 1928079

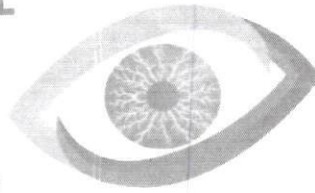
مصرف المغرب :
شركة مساهمة ذات مجلس الإدارة الجماعية و ذات مجلس الرقابة
رأس مالها 1035 848 200 درهم - المقر الرئيسي : 48- 58 شارع محمد الخامس - الدار البيضاء
ص.ب. : 13 579 - الهاتف : +212(0) 522 47 70 00 - الفاكس : +212(0) 522 27 71 27
رقم الرخصة : 94 - 2348 - ص.ب. : 28 717 - رقم التعريف الخاتي : 01085466
رصيد التجارة : 33103720 - ص.و.ص.ح. : 1928079

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشما 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

ORDONNANCE



03-09-2020

Jbaci Good

Monture avec la correction

pour WL AR photochromique

progressive

• OD: +2 (-0.5 à 7.5)

• OG: +1.5

100 + 2.5006

Dr. ELBAKKAL RACHA
Medecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhoul N° 2
Tél: 05 22 03 11 11

تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334. الطابق الثاني. N° 2
Lotissement Nabila, Makhoul N° 334, etg N° 2
Tél : 0522 03 11 11 / Email : rachaelbakkal@gmail.com