

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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

- 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.

**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



4860

MUPRAS  
RECEPTION

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015076

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4674 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : HAYDOUCH Mohamed Date de naissance : 01-06-1959

Adresse : Cooperative EL WAFAA N° 81 DFRIMA VILLE

Tél. : 06.60.04.98.27 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 Nov 2020

Nom et prénom du malade : CHAFFI GUANNOU

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

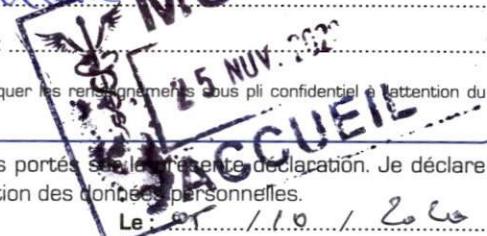
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : El Froua

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## **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
Nov. 2020	C.S		200.000 DA	RAKKAL R. Médecin Spécialiste d'Ophtalmologie Nabha, Maknassy Tunisie - Tel: 05-22-00-00-00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE DE LA CITE - 32314701	05-11-20	167,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled D (left), H (top), G (right), and B (bottom). Each tooth is marked with a symbol indicating its function: upper teeth have a 'V' shape, lower teeth have a 'Y' shape, and molars have a 'H' shape. The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 in each quadrant.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. RACHA ELBAKKAL**

Ophthalmologist

Diplomé des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Diseases and Surgery of the Eye

Diabetes - Glaucoma - Laser -  
Contact Lenses



**الدكتورة رشا البقال**

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب

الدار البيضاء

[جامعة العيادة العسكرية]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

رعاية العدسات

أمراض الشبكية



## ORDONNANCE

٢٥٠.١١.٢٠٢٣

cheffil Ghazouani

Monture avec la correction  
pour WP AR

• OD: +2.25

• OG: +2.25



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

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

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophthalmologist

Diplomée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Laser -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**  
طبيبة جراحة العيون  
حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء  
جراحة المياه البيضاء [الحالات]  
القرنية المخروطية  
تصحيح البصر بالليزر  
زراعة العدسات  
أمراض الشبكية

## ORDONNANCE

02.11.2020

chofil Glucomox  
147.00  
theosec  
Jette 14  

---

147.00



A PHARMACIE REGIONALE  
DISTRIBUTUE PAR SOYEMA  
Immeuble COLIBRI N°4 DAKOUA  
Tél: 05 22 51 47 07

46353  
46344



Le 10 novembre 2020

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

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**

**N/REF : 20203150006505**

**Adhérent : HAMOUCH MOHAMED**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de GHANNOU CHAFIL.

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 : 974.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 676.00 MAD

Validité de prise en charge : du 10-11-2020 au 10-02-2021.

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 GHANNOU CHAFIL.

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



**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

## Relevé d'identité bancaire

**Identifiant national de compte bancaire**
**Agence du client**

Banque	Agence	Compte	Clé
--------	--------	--------	-----

021	7800000	229027055041	62
-----	---------	--------------	----

**RIB**

02178000022902705504162
-------------------------

**Bic**

CDMAMAMC
----------



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.

**Titulaire du compte**

OUNJIF NADIF

PARTIE RÉSERVÉE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

# NADIF OPTIC

Opticien - Optométriste

Facture

0653/2020

Le : 12/11/2020

Doit: MUPRAS : ( CHAFIL GHANNOU N° 4674 )

### Vision de Loin :

Verres :

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

Monture: 0.00

### Vision de Prés:

Verres : ORGANIQUES ANTIREFLETS

	Sph.	Cyl.	Axe	Prix
O-D :	+2.25			312.00
O-G :	+2.25			312.00

Monture: METAL OPTIQUE 350.00

Total : 974.00

Arrêté la présente Facture à la somme de :  
Neuf Cent Soixante Quatorze Dirhams

HAMOUCH Mohamed  
adhérent n°: 4674



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

IC : 002128398000031  
NADIF OPTIC \* Opticien Optométriste \* 05 22 38 20 20  
N° 124 AV. MIKDAH LAHRIZI Casablanca  
RIB : 021780000022902705504162