

## 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**

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-604672

CF

67545

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>08618</b>	Société : <b>CASA</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BELEMILIH NABIL</b>			
Date de naissance : <b>02/10/1971</b>			
Adresse : <b>Habituel</b>			
Tél. : <b>0661627507</b>	Total des frais engagés :	<b>349</b> Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>30/03/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BELEMILIH NABIL</b> Age : <b>42</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Connexion ALC</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>maladie</b>			
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 : **CASA**

Le : **06/10/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie

N° W21-604672

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **08618**  
 Nom de l'adhérent(e) : **NABIL**  
 Total des frais engagés : **349**  
 Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<del>30/03/2023</del>	<del>?</del>	<del>1</del>	<del>2100 DT</del>	INP : <input type="text"/> 
<del>03/04/2023</del>	<del>?</del>	<del>1</del>	<del>2100 DT</del>	
<del>29/04/2023</del>	<del>?</del>	<del>1</del>	<del>2100 DT</del>	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>PHARMACIE ZIRAOUI BOUTIBA</b> Dr. HAFIDZ Maria 100, Bd. Ziraoui 100 - Casablanca Tel: 06 22 29 55 63	2013/21	99.000 Dhs

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

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]          Fonctionnel. Thérapeutique: nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D														
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contact  
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : **30 Mars 2021**

**Mr. BELEMLIH Nabil**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 82°)

OG = + 1.00 (- 0.75 à 117°)

VP :

ODG = Add : + 2.00

99.00

PHYLARM

SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir

AL FIRDAOUS VISION

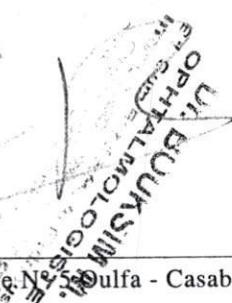
207 Bd Abdellatif RDCN 5

Casablanca

GSM: 06 4872417

PHARMACIE ZIRAOUI

Dr. HADJAT Maria  
236, Bd. Hassan II - Casablanca  
Tel: 05 22 29 55 63



Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 55 Sulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11



LCA S.A.  
9, Allée Prométhée, F-28000 Chartres, France  
Tél. : 02 37 33 39 30 - Fax : 02 37 33 39 39  
E-mail : lca@lca-pharma.com

PHYLARM 10 mL boîte de 16

3 700288 600042

M0152 - 2017/06 - PN : 930-1033/01

LOT 01204  
PER 2023-12

Solution stérile pour usage oculaire

# PhyLarm



HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

16 unidoses stériles de 10 mL

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**

65132  
n° 8628



Le 31 mars 2021

AL FIRDAOUS VISION  
AV OUM ERRABIE MAG 021030 LOT AL FIRDAOUS  
IMM GH 25 A OULFA  
CASA, 20000  
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE  
N/REF : 20210890008954  
Adhérent : BELEMLIH NABIL

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de NABIL BELEMLIH.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 5300.00 MAD.

- Part Mutuelle : 2430.00 MAD
- Part Adhérent : 2870.00 MAD

Validité de prise en charge : du 30-03-2021 au 30-06-2021.

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 NABIL

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

AL FIRDAOUS VISION  
20 Bd Abdemoumen RDC N°5  
Casablanca



**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.