

# 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**

M23-004649

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	10215	Société :	188398
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CAGUIA MUSTAPHA	
Date de naissance :		1 - 1 - 1961	
Adresse :		139 rue 12 APP 7 étage 2 missimi HAU	
HASSANI			
Tél. :	0707201097	Total des frais engagés :	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	08/12/2013	Age :	AYMAN
Nom et prénom du malade :	CHAKIB BOUKSINE AYMAN		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	cancer		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :	Le : 07/12/2013		
Signature de l'adhérent(e) :			

Autorisation CNOPP N°: A-A-215 / 2019

## 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.

#### **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
08/02/2013	1		2100 DT	
12/02/2013	1			
29/02/2013	1			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE OUM</b> <b>Dr. Adnane BIDAH</b> <b>49 Boulevard OUM ERRABII HAY HASSAN</b> <b>LOULIA - CASABLANCA TAI</b>	28/12/23	84.00

#### **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

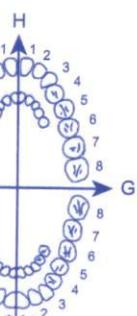
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRE

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D	G											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <input type="text"/>												
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

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

**الدكتورة بوعسم مليكا**

**طب العيون**

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

Casa le : **08 décembre 2023**

**Enf. CHGUIRA Aymen**

**Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets**

**Vision de loin :**

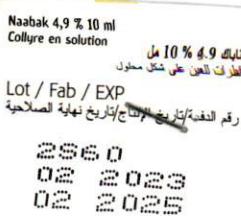
**OD = - 2.25 (- 1.50 à 150°)**

**OG = - 2.75 (- 0.75 à 10°)**

**NAABAK**



**1 gte x 4/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois**



**AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL**  
EL AZIZI EL IDRISI HICHAM  
Opticien Optométriste  
Av. Oum Errabie ,imm. GH 25 A Magasin N 02L.030  
Hay EL Oulfa Casablanca, Tel: 05 22 90 88 72  
INPE: 095001889

**PHARMACIE OUM ERRABII**  
**Dr. Achrafine BIDAH**  
49, Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA Tel: 05 22 90 88 72

**Dr. Malika BOUKSIM**  
Ophtalmologiste Al Firdaus  
Bd. Oum Rabii Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11



Le 12 décembre 2023

AL FIRDAOUS OPTIQUE  
AV OUM ERRABIE IMM GH25A MAGASIN N 02L030  
CASA, 20000  
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

Identifiant adhérent : 010215\_1961-07-01\_MUSTAPHA

N/REF : 20233450025732

Adhérent : CHGUIRA MUSTAPHA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de AYMEN CHGUIRA.

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 : 1202.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 798.00 MAD

Validité de prise en charge : du 11-12-2023 au 11-03-2024.

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, 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 AYMEN CHGUIRA.

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

#### 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.



10215