

Carabanchel 21/03/2024

Mme NAIMA AGUERNI  
NIE 07057

196718

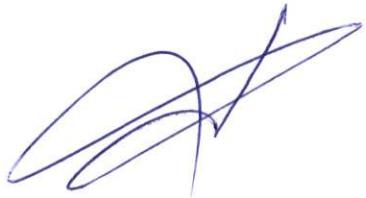
DEMANDE D'ANNULATION

de Preise en charge

je vous prie de bien vouloir annuler  
la preise en charge 19 6718

cordialement

NAIMA AGUERNI



Refond  
attente

Le 1 mars 2024

DR.BARAKATE SAMYA  
RUE BACHIR LAALEJ RES LES IRIS APPT 2  
VALFLEURI  
CASABLANCA  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent : 007057\_1965-01-09\_NAIMA**  
**N/REF : 20240610027360**  
**Adhérent : AGUERNI NAIMA**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de NAIMA AGUERNI.  
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 : 15750,00 MAD
- Restant à charge adhérent : 1750,00 MAD

Validité de prise en charge : du 01-03-2024 au 01-06-2024.

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 NAIMA AGUERNI.

Veuillez agréer, à l'assassin, l'assurance de nos sincères salutations. *RAY*

**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.
  - ✓ D'un ou plusieurs des justificatifs des actes pratiqués.
  - ✓ Du rapport de pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être uniquement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



*ACC D900  
S/R Rx après*

Centre d'affaire Allal Benabdellah - 49 Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.  
Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

# 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.

M22- 0042020

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07057

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AGUERNI NAIMA

PSC  
Pent  
196718

Date de naissance :

08/01/1965

Adresse : Résidence 07057 à mF apph/11

bd Roudani

0661 462677

Total des frais engagés : 28 000 Dhs

Code réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/02/2024

Nom et prénom du malade : Aguerni Naima Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Demande de prise en charge

Nature de la maladie : Demande de prise en charge

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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 : Casablanca

Le 27/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042020

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 : 07057

Nom de l'adhérent(e) : Aguerni Naima

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 27/02/2024

## 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
	H	G	
25533412 00000000	21433552 00000000		
00000000 35533411	00000000 11433553		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DATE DU DEVIS	
H	G		
25533412 00000000	21433552 00000000		
00000000 35533411	00000000 11433553		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DATE DE L'EXECUTION	
H	G		
25533412 00000000	21433552 00000000		
00000000 35533411	00000000 11433553		

**D200 x 8**  
= **D 1600**

**28 000 DH**

**16/08/2014**

**Dental Studio**  
Dr. Bensaleh SAMY  
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,  
Appt 2 Vallleur - Casablanca  
Tél : 06 00 61 22 99

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV]

2 [mA]

0mGy\*cm<sup>2</sup>

Sensor

2024-02-14

RADIO AVANT

  
Dental Studio  
Dr. Barakat Samye  
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,  
Appl 2 Volleuri - Casablanca  
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Médecin traitant:admin

Adresse:

Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV]

2 [mA]

0mGy\*cm<sup>2</sup>

Sensor

2024-02-14

RADIO AVANT



Nom de la clinique:

Adresse:

Médecin traitant:admin

Coordonnées:

1/1

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV] 2 [mA] 0mGy\*cm<sup>2</sup> Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT



Nom de la clinique:  
Adresse:

Médecin traitant:admin  
Coordonnées:

Chart No:

Nom:naima aguerni

2024-02-14 17:38

Sexe:Femelle Age:



70 [kV] 2 [mA] 0mGy\*cm<sup>2</sup> Sensor 2024-02-14

RADIO AVANT

  
Dental Studio  
Dr. Barakete Samya  
Rue Bachir Laalej, Rés. Les Iris,  
Appt 2 Vellueri - Casablanca  
Tél : 06 00 61 22 99

Nom de la clinique:

Médecin traitant:admin

Adresse:

Coordonnées:

1/1

# DENTAL STUDIO

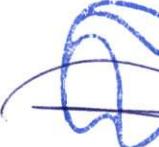
DR. BARAKATE SAMYA



## DEVIS MME AGUERNI NAIMA

Identifiant fiscal : 52452439  
ICE : 003077658000030  
INPE : 064196157

<b>Nature du soin</b>	<b>TARIF</b>
- COURONNES EN CERAMIQUE ZIRCONE SUR LA 35 34 33 32 31 41 42 43	<b>28 000DH</b>

  
Dental Studio  
Dr. Barakate SAMYA  
Rue Bachir Lalej, Rés. les Iris.  
Appt 2 Valfleur. Casablanca  
Tél : 06 00 61 22 99