

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

N° W19-585118

49036

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : RAN	
Matricule : 6220			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENAINO RAJDA		Date de naissance : 12/05/1962	
Adresse : 8 RESABIR EL OUEZA CASA		Tél. : 0661325795 Total des frais engagés :	
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/11/2009			
Nom et prénom du malade : BELKAÏD MERYEM Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : cancéreux			
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			

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

WAT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>aljali J</i>	<i>27/11/2020</i>	<i>2000</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 pratique 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.																																		
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																														
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>B</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p>																				
		H	G																															
		25533412	21433552																															
		00000000	00000000																															
		D	B																															
		00000000	00000000																															
		35533411	11433553																															
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>																												
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																												
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la prothèse</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																		

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

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

الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

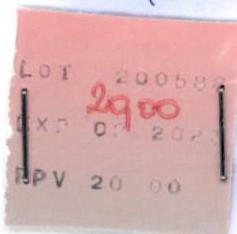
بلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر.....

Casa le : **07 NOV. 2020**

Melle BELLA KHADAR - M



1 - comedet collyn
20/20 2x/j - 210j



Dr. BOUKSIM M.
OPHTHALMOLOGISTE
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus
Imm. L30 - 2^{me} étage
Tél. : 05 22 914 111
Fax : 05 22 914 111

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

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

الدكتورة بوكسيم مليكة

طب العيون

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

Casa le : 07 Novembre 2020

Mlle BELLAKHNDAR Meriem

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = (- 0.50 à 180°)

OG = (- 1.25 à 178°)

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdemoumen RDC N°5
Casablanca
GSM : 06 48724173

BOUKSIM M.
OPHTHALMOLOGISTE
Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus
L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca

d. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11

46267
6220



Le 10 novembre 2020

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

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE

N/REF : : 20203150006511

Adhérent : BENAINO MAJDA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MERIEM BELLAHDAR.

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 : 1526.00 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 MERIEM
BELLAHDAR.

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

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdellatif RDC N°5
Casablanca
GSM : 06 48 72 41 73

Délégué PEC
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.