

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.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-437001

ND : 29710



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 3336

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL HANDOUCHI Aïad

Date de naissance : 20/01/1960

Adresse : 2AS APP 1 RAY MOSSON Casab

Tél. : 066 271413

Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL HANDOUCHI Aïad Age : 56

Lien de parenté :

Filié(e)

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/02/2020

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
06.01.2020	1.000	100	100	INP : 109144411000 C2 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

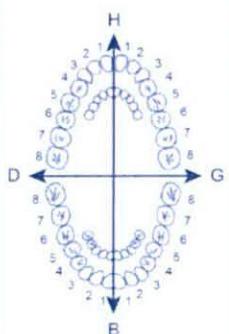
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

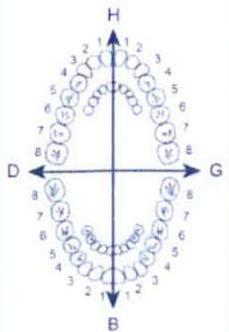
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور يوسف بلحمر

طب العيون

Dr. YOUSSEF BELAHMER
OPHTHALMOLOGISTE



Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 26 Etage
Casablanca - Tél: 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences: 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le
06 JAN 2020

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاكس، الأشعة فوق الصوتية،
جراحة قصر البصر العلاج بالليزر إكسيمرو والليزر،
طب العيون، صدمة الاتصال، الليزر، راديو الشبكة

136، أقمار در رقم 5 - تجزئة لينا - سيدى معروف - أولاد حمود - الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف: 0522.58.30.73 - 0700.756.754 - 0661.32.90.66
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

الدار البيضاء

MTLLA 3336

EL HAJAOUCHE d. 1

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abderrahmane RDC N°5
Casablanca
GSM: 06 48 72 11 3

Dr. YOUSSEF BELAHMER
OPHTHALMOLOGISTE
136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 26 Etage
Casablanca - Tél: 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences: 0661.32.90.66

OD: +1,75 (-0,75 à 65°)

OS: +1,50 (-1,50 à 160°)

photopolymer autorefl

OD: +2,75 (Add 1,
verres progressifs)



3336

Le 24 février 2020

AL FIRDAOUS VISION
202 BD ABDELMOUMEN
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE

N/REF : : 20200550003244

Adhérent : EL HAMDOUCHI MOHAMMED

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de MOHAMMED EL HAMDOUCHI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 4200.00 MAD.

- Part Mutuelle : 2430.00 MAD
- Part Adhérent : 1770.00 MAD

Validité de prise en charge : du 24-02-2020 au 24-05-2020.

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 MOHAMMED EL HAMDOUCHI.

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

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdelloumen RDC N°1
Casablanca
GSM : 06 48724173



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.