

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-498226

ND 26908

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8208 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LAOUKADA Rafik

Date de naissance : 27/10/1961

Adresse : Lot Misimi Rue 10 N° 58 Hay Hassan

Tél : 0661487323 Total des frais engagés : 368,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/03/2020

Nom et prénom du malade : LAOUKADA RAFIK Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : correction lunettes

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 02 03 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-498226

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVÉ 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
02/03/2020			200,00	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/03/2020

168,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

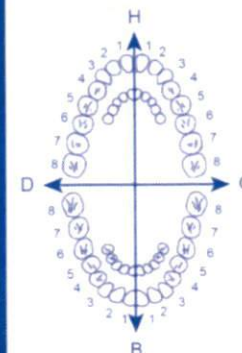
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

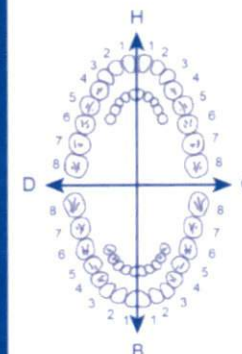
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التخصص بالأصباح ما فوق الصلبة

اختصاصية في أمراض وجراحة الميوت

الليزر.....

Casa le : 02 Mars 2020

Mr. LAOUKADA Rafik

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets

VL:

OD = - 0.50 (- 0.25 à 156°)

OG = - 0.50

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP:

OD = + 2.00 (- 0.25 à 156°)

OG = + 2.00

AL FIDAIUS VISION
202 Bd Abdelmoumen Rd. N°5
Casablanca
GSM : 06 48 72 41 73

84,00 x 2 = 168.-

NAABAK

1 gte x 4/ j. les deux yeux, 1 Mois

Bd. Oum Rahii Gpe Résidence Al Firdaous Imm. L. 30 1er étage Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11

NAABAK 4,9%

Collyre 10 ml - PPV : 64,00 DH

6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Dlouf,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

NAABAK 4,9%

Collyre 10 ml - PPV : 64,00 DH

6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Dlouf,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Dr. Bouksim
Ophth. Malika
202 Bd Abdelmoumen Rd. N°5
Casablanca
GSM : 06 48 72 41 73

Scanned with CamScanner

Le 3 mars 2020

AL FIRDAOUS VISION
202 BD ABDELMOUMEN
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE
N/REF : : 20200630003435
Adhérent : LAOUKADA RAFIK

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de RAFIK LAOUKADA.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 2740.00 MAD.

- Part Mutuelle : 2262.00 MAD
- Part Adhérent : 478.00 MAD

Validité de prise en charge : du 03-03-2020 au 03-06-2020.

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 RAFIK LAOUKADA.

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

AL FIRDAOUS VISION
202 Bd Abdelmoumen
Casablanca
GSM : 06 48724173

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.
- Relevé d'identité bancaire (RIB) 24 chiffres doit être obligatoirement mentionné ou joint à la facture