

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 0043484

ND: 18F49

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2023 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELLAH

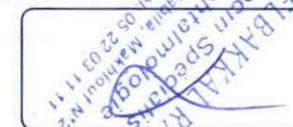
Date de naissance : 15.10.1955

Adresse : Avenue Abdellah

Tél. : 0674543337 Total des frais engagés : 359 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10.12.18

Nom et prénom du malade : BATIoui-FATIHA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
10.12.13	C. \$		250,00 DT	<i>[Handwritten signature over a circular stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature over a circular stamp]</i>	10/12/13	109.57

ANALYSES - RADIographies

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

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Dental chart showing upper and lower arches with numbered teeth from 1 to 8.				

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer
Lentilles de Contact



HARMACIE EL AYOUNA
244 LOT
DÉPÔT DE CHIRURGIE
Dr. RACHA EL BAKKAL
Tel: 05 22 03 11 11
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N° 2
Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
EN OPHTHALMOLOGIE
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Dr. RACHA EL BAKKAL
HARMACIE EL AYOUNA
244 LOT
DÉPÔT DE CHIRURGIE
Dr. RACHA EL BAKKAL
Tel: 05 22 03 11 11
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N° 2

الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون
حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء
جراحة العياء البصري [الجلالة]
القرنية المخروطية
تصحيم البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية

ORDONNANCE

10-12-19

Rachidelli Felipe

109.00 DH

Xibecol C

75

1000 mg/24h

109.00

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
EN OPHTHALMOLOGIE
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N° 2

PPC 109,00 DH

LOT 571118
2021 11

Lotissement Nabila, Makhlof N° 334, étg N° 2

rachaelbakkal@gmail.com

+212 0522 03 11 11

