

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

- Reclamation : 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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-543683

60266

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2011</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>RECHKA</u> <u>DRSS</u>
Nom & Prénom : <u>RECHKA</u> <u>DRSS</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>N° 10 198 B 1 ovn Rfbr Casab</u>			
Tél. : <u>661300184</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. ESSADKI Nabil Ophtalmo-Orthoptiste 1, Bd. Ibn Tofail, Res. Soudous II Tanger - Tél.: 06 89 39 55 89 </div>			
Date de consultation : <u>10/6/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>RECHKA DRSS</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <u>Affekt</u> <u>DRSS</u>			
Nature de la maladie : <u>allergie</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>allergie</u>			
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) : _____

Le : / /

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-543683	
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 : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Al Mohit 1 Fadaat Saada Dar Bouazza - Nouaceur Tél : 05 22 96 14 45 PHARMACIE BASSATINE RAHMA	18/6/10	19.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Professeur Universitaire en Ophtalmologie

- Ancien Professeur à l'hôpital universitaire Cheikh Khalifa Casablanca

- Ancien Interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca

- Lauréat de la faculté de médecine et pharmacie de Casablanca

- Chirurgie vitréo-rétinienne

- Chirurgie réfractive et laser

- Chirurgie de cataracte

- Chirurgie des voies lacrymales

أستاذ جامعي في طب و جراحة العيون

- أستاذ سابق بالمستشفى الجامعي ، الشيف خليفة - الدار البيضاء

- داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

- خريج كلية الطب والصيدلة - بجامعة بن مهamed

- جراحة الشبكية

- جراحة العياء البيني (الجلالة - فاس)

- جراحة العياء البيني (الباز)

- جراحة عيادة الدفع



10 juin 2020

طنجة في

Mme RECHKA Drissia



ZIOPTAN

1 gte à 20h, pendant 6 Mois

320, 00 x 6

1920, 00



Tél : 08 08 54 51 20
 Email : dr.nabilessadki@gmail.com
 13, Rue de Fes, office building center
 "Tanger mall" - Tanger

الهاتف : 08 08 54 51 20
 البريد الإلكتروني : dr.nabilessadki@gmail.com
 13, شارع فاس ، إقامة طحجة مول (مرووك)

**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc60116254379
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc60116254379
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc60116254379
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc60116254379
3931**ZIOPTAN™ 15µg/ml**

Collyre en récipient unidose

Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml.
P.P.V: 320,00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1 - 27182 Bouskoura - Maroc60116254379
3931

7 640168 160210
ZIOPTAN™ 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292,00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc