

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2179**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ARIF MOSTAFA**

A75 723

Date de naissance : **14-2-1953**

Adresse : **295 H LOT WAFA DEROUA**

Tél. : **05 22 53 28 97**

Total des frais engagés : **192,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **12 Juil 2013**

Nom et prénom du malade : **ARIF MOSTAFA**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **affection**

deroua

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

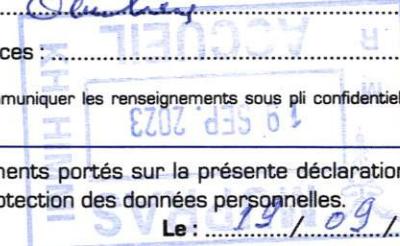
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **DEROUA**

Le : **19/09/2013**

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
12 Juil	2013		200,05000	RAKKAH RACHID RAKKAH Spécialiste Dentiste Optométriste Opticien Optométriste Opticien Optométriste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ARMARTE Fournisseur 244 lotissement el wafa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	Date	Montant de la Facture
	12 - 7 - 23	194,70
PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafa Deroua	21 - 8 - 23	98,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper				

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmologist

Diplomé des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Laser -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة العيون البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيم البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

12 juillet 2023

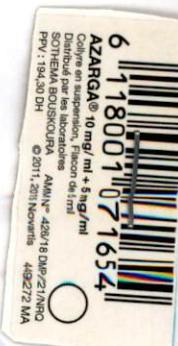
Mr. ARIFI MUSTAPHA

194.3°

AZARGA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour.

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhlof N° 338, étg N°2-Dernier
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11
Lotissement Nabila, Makhlof N° 338, étg N°2-Dernier
en Ophtalmologie
Dr. ELBAKKAL RACHA



PHARMACIE EL OUDIA
244 lotissement Nabila
Fix: 05 22 03 11 11

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophthalmologist
Lotissement Nabila, Makhlof N° 338, étg N°2-Dernier
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhlof N° 338, étg N°2-Dernier
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11

تجزئة نبيلة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

Diplomé de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucoma - Lasers -

Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE

24 août 2023

Mr. ARIF MUSTAPHA



XALATAN COLLYRE



1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit
Nom et prénom :

ARIE MOSTAFA

Matricule :

2179

N° CIN :
 34871

Adresse :

295 H Lot WAFA DEROUA

Bénéficiaire de soins :
 Adhérent
 Conjoint
 Enfant

Je soussigne :

 DR. RACHA ELBAKKAL
 Optalmogiste

N° ICE :

 Spécialité : ophtalmologue
N° INPE :
 061235354

Certifie que Mlle, Mme, M. :
 ARIE MOSTAFA

Nécessitant un traitement d'une durée :
 < 3 mois

 Entre 3 et 6 mois

 A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

 gêneuse → 30mmHg, OCT altération du NF
 optique

Dont ci-joint ordonnance :
Traitement prescrit :

Valoton

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à :
 DOUR le 24/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :


*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées