

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-620596

89772



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHADDI MOHAMMED

Date de naissance : 1942

Adresse : 1555 Maâia 2 Témara

Tél. : 06 97 95 55 70

Total des frais engagés : 768,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/12

Nom et prénom du malade :

Age : 1542

Lien de parenté : Même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

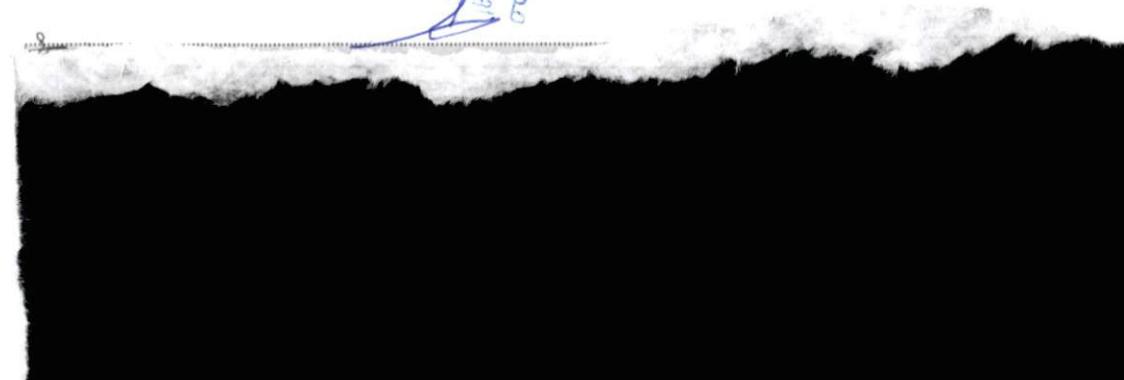
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 21/12/12

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
01/10/2021 C				INP : 101107923

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHARTA 10128	01/10/2021	768.40

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.

DENTES			DENTES			
H			H			
2 1 1 2			2 1 1 2			
3 4 5 6 7 8			3 4 5 6 7 8			
4 5 6 7 8 9			4 5 6 7 8 9			
5 6 7 8 9 10			5 6 7 8 9 10			
6 7 8 9 10 11			6 7 8 9 10 11			
7 8 9 10 11 12			7 8 9 10 11 12			
8 9 10 11 12 13			8 9 10 11 12 13			
9 10 11 12 13 14			9 10 11 12 13 14			
10 11 12 13 14 15			10 11 12 13 14 15			
11 12 13 14 15 16			11 12 13 14 15 16			
12 13 14 15 16 17			12 13 14 15 16 17			
13 14 15 16 17 18			13 14 15 16 17 18			
14 15 16 17 18 19			14 15 16 17 18 19			
15 16 17 18 19 20			15 16 17 18 19 20			
16 17 18 19 20 21			16 17 18 19 20 21			
17 18 19 20 21 22			17 18 19 20 21 22			
18 19 20 21 22 23			18 19 20 21 22 23			
19 20 21 22 23 24			19 20 21 22 23 24			
20 21 22 23 24 25			20 21 22 23 24 25			
21 22 23 24 25 26			21 22 23 24 25 26			
22 23 24 25 26 27			22 23 24 25 26 27			
23 24 25 26 27 28			23 24 25 26 27 28			
24 25 26 27 28 29			24 25 26 27 28 29			
25 26 27 28 29 30			25 26 27 28 29 30			
26 27 28 29 30 31			26 27 28 29 30 31			
27 28 29 30 31 32			27 28 29 30 31 32			
28 29 30 31 32 33			28 29 30 31 32 33			
29 30 31 32 33 34			29 30 31 32 33 34			
30 31 32 33 34 35			30 31 32 33 34 35			
31 32 33 34 35 36			31 32 33 34 35 36			
32 33 34 35 36 37			32 33 34 35 36 37			
33 34 35 36 37 38			33 34 35 36 37 38			
34 35 36 37 38 39			34 35 36 37 38 39			
35 36 37 38 39 40			35 36 37 38 39 40			
36 37 38 39 40 41			36 37 38 39 40 41			
37 38 39 40 41 42			37 38 39 40 41 42			
38 39 40 41 42 43			38 39 40 41 42 43			
39 40 41 42 43 44			39 40 41 42 43 44			
40 41 42 43 44 45			40 41 42 43 44 45			
41 42 43 44 45 46			41 42 43 44 45 46			
42 43 44 45 46 47			42 43 44 45 46 47			
43 44 45 46 47 48			43 44 45 46 47 48			
44 45 46 47 48 49			44 45 46 47 48 49			
45 46 47 48 49 50			45 46 47 48 49 50			
46 47 48 49 50 51			46 47 48 49 50 51			
47 48 49 50 51 52			47 48 49 50 51 52			
48 49 50 51 52 53			48 49 50 51 52 53			
49 50 51 52 53 54			49 50 51 52 53 54			
50 51 52 53 54 55			50 51 52 53 54 55			
51 52 53 54 55 56			51 52 53 54 55 56			
52 53 54 55 56 57			52 53 54 55 56 57			
53 54 55 56 57 58			53 54 55 56 57 58			
54 55 56 57 58 59			54 55 56 57 58 59			
55 56 57 58 59 60			55 56 57 58 59 60			
56 57 58 59 60 61			56 57 58 59 60 61			
57 58 59 60 61 62			57 58 59 60 61 62			
58 59 60 61 62 63			58 59 60 61 62 63			
59 60 61 62 63 64			59 60 61 62 63 64			
60 61 62 63 64 65			60 61 62 63 64 65			
61 62 63 64 65 66			61 62 63 64 65 66			
62 63 64 65 66 67			62 63 64 65 66 67			
63 64 65 66 67 68			63 64 65 66 67 68			
64 65 66 67 68 69			64 65 66 67 68 69			
65 66 67 68 69 70			65 66 67 68 69 70			
66 67 68 69 70 71			66 67 68 69 70 71			
67 68 69 70 71 72			67 68 69 70 71 72			
68 69 70 71 72 73			68 69 70 71 72 73			
69 70 71 72 73 74			69 70 71 72 73 74			
70 71 72 73 74 75			70 71 72 73 74 75			
71 72 73 74 75 76			71 72 73 74 75 76			
72 73 74 75 76 77			72 73 74 75 76 77			
73 74 75 76 77 78			73 74 75 76 77 78			
74 75 76 77 78 79			74 75 76 77 78 79			
75 76 77 78 79 80			75 76 77 78 79 80			
76 77 78 79 80 81			76 77 78 79 80 81			
77 78 79 80 81 82			77 78 79 80 81 82			
78 79 80 81 82 83			78 79 80 81 82 83			
79 80 81 82 83 84			79 80 81 82 83 84			
80 81 82 83 84 85			80 81 82 83 84 85			
81 82 83 84 85 86			81 82 83 84 85 86			
82 83 84 85 86 87			82 83 84 85 86 87			
83 84 85 86 87 88			83 84 85 86 87 88			
84 85 86 87 88 89			84 85 86 87 88 89			
85 86 87 88 89 90			85 86 87 88 89 90			
86 87 88 89 90 91			86 87 88 89 90 91			
87 88 89 90 91 92			87 88 89 90 91 92			
88 89 90 91 92 93			88 89 90 91 92 93			
89 90 91 92 93 94			89 90 91 92 93 94			
90 91 92 93 94 95			90 91 92 93 94 95			
91 92 93 94 95 96			91 92 93 94 95 96			
92 93 94 95 96 97			92 93 94 95 96 97			
93 94 95 96 97 98			93 94 95 96 97 98			
94 95 96 97 98 99			94 95 96 97 98 99			
95 96 97 98 99 100			95 96 97 98 99 100			
96 97 98 99 100 101			96 97 98 99 100 101			
97 98 99 100 101 102			97 98 99 100 101 102			
98 99 100 101 102 103			98 99 100 101 102 103			
99 100 101 102 103 104			99 100 101 102 103 104			
100 101 102 103 104 105			100 101 102 103 104 105			
101 102 103 104 105 106			101 102 103 104 105 106			
102 103 104 105 106 107			102 103 104 105 106 107			
103 104 105 106 107 108			103 104 105 106 107 108			
104 105 106 107 108 109			104 105 106 107 108 109			
105 106 107 108 109 110			105 106 107 108 109 110			
106 107 108 109 110 111			106 107 108 109 110 111			
107 108 109 110 111 112			107 108 109 110 111 112			
108 109 110 111 112 113			108 109 110 111 112 113			
109 110 111 112 113 114			109 110 111 112 113 114			
110 111 112 113 114 115			110 111 112 113 114 115			
111 112 113 114 115 116			111 112 113 114 115 116			
112 113 114 115 116 117			112 113 114 115 116 117			
113 114 115 116 117 118			113 114 115 116 117 118			
114 115 116 117 118 119			114 115 116 117 118 119			
115 116 117 118 119 120			115 116 117 118 119 120			
116 117 118 119 120 121			116 117 118 119 120 121			
117 118 119 120 121 122			117 118 119 120 121 122			
118 119 120 121 122 123			118 119 120 121 122 123			
119 120 121 122 123 124			119 120 121 122 123 124			
120 121 122 123 124 125			120 121 122 123 124 125			
121 122 123 124 125 126			121 122 123 124 125 126			
122 123 124 125 126 127			122 123 124 125 126 127			
123 124 125 126 127 128			123 124 125 126 127 128			
124 125 126 127 128 129			124 125 126 127 128 129			
125 126 127 128 129 130			125 126 127 128 129 130			
126 127 128 129 130 131			126 127 128 129 130 131			
127 128 129 130 131 132			127 128 129 130 131 132			
128 129 130 131 132 133			128 129 130 131 132 133			
129 130 131 132 133 134			129 130 131 132 133 134			
130 131 132 133 134 135			130 131 132 133 134 135			
131 132 133 134 135 136			131 132 133 134 135 136			
132 133 134 135 136 137			132 133 134 135 136 137			
133 134 135 136 137 138			133 134 135 136 137 138			
134 135 136 137 138 139			134 135 136 137 138 139			
135 136 137 138 139 140			135 136 137 138 139 140			
136 137 138 139 140 141			136			

Cir.



مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat



PT140500219

01 octobre 2021

BAHADDI Mohammed

192.10 x 4
DUOTRAV: COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, les deux yeux, 6 Mois

668.40

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI
Professeur d'Ophtalmologie
Tél : 06 62 26 48 16

مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat

ACCUEIL 1

16, Avenue Ibn Khaldoun - 10000 - Rabat
Téléphone : 05 37 67 66 66 - Fax : 05 37 77 72 51

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution , 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ
PPV 192.10 DH

INPE : 10213893

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution , 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ
PPV 192.10 DH

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution , 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ
PPV 192.10 DH

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution , 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ
PPV 192.10 DH

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml
Collyre en solution , 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
AMM N° 591/18 DMP /21/NRQ
PPV 192.10 DH

6 118001 071340