

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.

NRAS 46

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 532		Société : RAR RETRAITE	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ADHERENT
Nom & Prénom : CHERRADIT ABDELLAH			
Date de naissance : 11/11/1938			
Adresse : 302 RUE TAKI BEN SOUFI ANTANANARIVO			
Tél. : 0665191227		Total des frais engagés : 105400 Dhs	
Cachet du médecin : DR BENNAM MED			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR BENNAM MED			
Date de consultation : 09 FEV 2023			
Nom et prénom du malade : CHERRADIT ABDELLAH AGE : 89			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HYPERTENSION			
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 : 09/02/2023 Le : 09/02/2023

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
09 FEV. 2023	C	Coef. 1/1	INP : 691495368	



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL Boulevard Bourgogne - Casablanca 197, Bd. Bourgogne - Casablanca Tel: 05 22 36 92 59 Fax: 05 22 36 92 59	10/02/23	1054,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

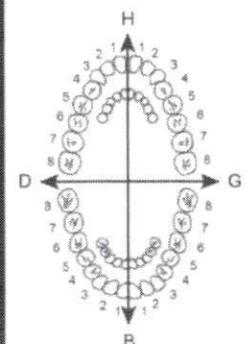
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

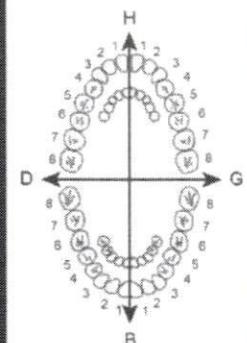
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie rétractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

CARTEOL LP. 2%
Colyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
H8475
LOT/بارا
FAB/جافا
EXPI/انتهاء
05-2022
04-2024
PPV: 68,80 DH

CARTEOL LP. 2%
Colyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
H8475
LOT/بارا
FAB/جافا
EXPI/انتهاء
05-2022
04-2024
PPV: 68,80 DH

Casablanca, le jeudi 9 février 2023

CARTEOL LP. 2%
Colyre 3ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040
H8475
LOT/بارا
FAB/جافا
EXPI/انتهاء
05-2022
04-2024
PPV: 68,80 DH

Patient : Monsieur CHERRADI Abderrahmane

68,80 X 3

CARTEOL LP 2 % / 1 goutte le matin aux deux yeux

140,10 X 3

XALATAN (OU TRAVATAN) / 1 goutte le soir aux deux yeux

71,30 X 6

TANAKAN / 1 comprimé matin et soir

QSP 3 Mois

QSP 3 Mois

QSP 3 Mois

1054,50

Ne pas interrompre ce traitement sauf avis médical

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL
Bouchra AMAR
197, Bd. Bourguigne - Casablanca
Tél: 05 22 36 92 59 - RC: 447169
F: 27734689 - ICE: 0023126500015

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH