

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 : adhésion@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.

N° W21-813023

476984

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10300	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Ridouï RACHIDA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0666274783	Total des frais engagés :	
Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. BENHARBIT Rachid Spécialiste en Dermatologie Vénérérologie 33, (Ex. 81) Pd. de Paris Tél. 22.19.00/27.78.69 Casablanca </div>			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 20.9.23 GRIRANE Omer </div>			
Age:			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
a Cee			
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 : CDDA

Le : 20/09/23

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
20/9/23	C2	goutte	0	INP : 091022392
				

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.											
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>						
O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D _____ G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>					
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>					
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					
						[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession					
						VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											

Docteur BENHARBIT Rachid
Spécialiste en Dermato - Vénérologie



Titulaire du Certificat Spéciales
Faculté de Médecine de Strasbourg

Ancien Maître Assistant au CHU
Avicenne - Rabat

RETACNYL 0,05 %
Crème tube de 30 g
AMM N°260 DMP/21/NRQ
PPV: 83,10 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070503

CUTACNYL 5%
Gel pour application locale tube de 40 g
AMM N°487/17 DMP/21/NRQ
P.P.V: 36,90 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070190

83,10

Casablanca, le 20.9.23

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

6 118001 070800

Mr. Grirane Ouar

1 Retacnyl 0,05

2 app. cest

Re Soir 1 Soir 12

PHARMACIE MARHABA

André ACHOUR
61, Av des F.A.R Casablanca
Tél 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

36,90 x 2

2 Cutacnyl 5%
1 application le Soir

1 Soir 12 sur les lésions inflammatoires

69,00 x 4

4 Soir

3 Tetralysal a 300

+ cp) jour x 2 mois

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

Dr. BENHARBIT Rachid
Spécialiste en Dermatologie
Vénérologie
33, (F. 81, Pd. de Paris
Casablanca - Tél. : 05.22.22.19.00 - 05.22.

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 69,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
6 118001 070800

6 118001 070800

33, شارع باريس - الدار البيضاء - 33