

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 : 10510 Société : RAM 121968

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AAZZA EL ARAIBE CHOICRY

Date de naissance : 24/19/55

Adresse : Tissin 1 Passage Ibn Ghazi N° 7

BERRECID 2362,30 Dhs Total des frais engagés :

Tél. : 0664 2978 94

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/10/22

Nom et prénom du malade : Saxabia ABBARI Age : 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALC

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 : BERRECID Le : 28/10/2022

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
22/06/22	C	200 DT		 NOTMANE Fatim Ezoum OPHTHALMOLOGISTE N° 108, 2 ^{me} étage Melk Boucharab 7, Béjaia Tél: +212 5 22 03 54 00 Email: docteurbennotmane@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sham Al Wahda 27, Bd. des FARAJ - BERREKHO - Tél.: 0522 53 39 68	28/06/22	162,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

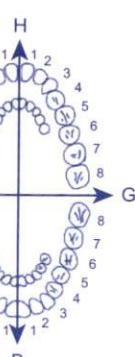
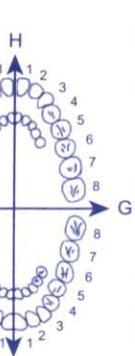
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	29/06/2022					2.000,00

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



28/06/2022

ABRAT ESAR DIAlunettes

(Montee +

Verres asthigéens)

VL

$$\text{OD} = -0,25 \left(-1 \text{ à } 120^\circ \right)$$

$$\text{OS} = -1,50 \left(-0,50 \text{ à } 45^\circ \right)$$

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra
OPHTHALMOLOGISTEAPT 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



28/06/2022

ABRAGE SAADIA



$$54,10 \times 3 = 162,30$$

Lamabak SV

ODG

regle naf a 3 mois

Pharmacie Sihama
صيام سهاما
27, Bd. des FAR AI Wahda
Berrechid -
Tél.: 0522 53 39 68

a renewel

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra
OPHTHALMOLOGISTE
APT05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc
Tel: +212 5 22 03 54 95
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

FACTURE

Date : 29/06/2022

CLIENT: SAADIA ABRATE

Numéro: 346650185

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE VILINI PERCE	1	1 000.00
VD	UNIFOCAL ORG 1.57 ASP HI IMPACT	1	500.00
VG	UNIFOCAL ORG 1.57 ASP HI IMPACT	1	500.00
PRES:			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr.			
LOIN : OD:-0.25(-1.00,120°) OG:-1.50(-0.50,45°)			
PRES OD OG:			
ADD : OD OG:			
Total TTC:			2 000.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			400.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE DIRHAMS .TTC.**

Signé: