

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : R

Nom & Prénom : NACHIT Abdellah

Date de naissance : 01/01/1959

Adresse : RECWAHDA 821 route V Berrichas

Tél. : 0609899877

Total des frais engagés : 2300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 05/09/2022

Nom et prénom du malade : Nachit Ram Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ambystopie

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 : Bencharif

Signature de l'adhérent : 

14 SEP 2022

R ACCUEIL 18/09/2022

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
05/09/12	g		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
Optique Universel	05/09/12					20000

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	Nature des Soins	Coefficient	
				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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophthalmologist

Specialist in eye diseases and Microsurgery
of the eyes - Strabismus

Surgery of cataract in the U.S.

OCT Angiography, Laser

Refractive surgery with laser

Treatment of keratoconus

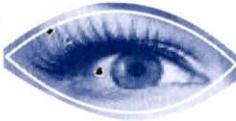
Treatment Eye and Diabetes

Treatment of retinal diseases

Surgery of eyelids and lacrimal ducts

Member of the French Society of Ophthalmology

Former Specialist at CHU Ibnou Rochd (20 August)



Dr Ben Yeddi Mohamed Slim

Specialist in eye diseases and eye surgery

Eye surgery for glaucoma

Eye surgery for strabismus

Eye surgery for cataract

Eye surgery for macula

Eye surgery for diabetic retinopathy

Eye surgery for eye diseases

Eye surgery for blepharoplasty

Eye surgery for lacrimal ducts

Eye surgery for eyelid diseases

Eye surgery for eyelid diseases

Member of the French Society of Eye Surgery

Former specialist at 20 August Hospital

of 2005 N

Mohamed Slim

001 - 2,25 (-0,00 175)

001 : 2,00 (-0,00 170)

Optique Younès Ouhoud
Opticien
4, Rue d'Algérie, Sétif 10000
Bérrichid - Tel : 05 22 32 87 19

Dr Ben Yeddi Mohamed Slim
Specialist in eye diseases and eye surgery
Former specialist in eye diseases and eye surgery

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 05 22 32 56 56 - BERRCHID

FACTURE

Date : 09/09/2022

CLIENT: RANIA NACHIT

Numéro: 5268595

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE OLIVER KIN	1	1 000.00
VD	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.6 BLUE HMC D75	1	500.00
VG	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.6 BLUE HMC D75	1	500.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. BENYAHYA MOHAMED SALIM			
LOIN : OD:-2.25(-0.50,175°) OG:-2.50(-0.50,170°)			
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:

4, Rue d'alger mosquée ouhoud -Berrechid-

Tél: 06 68 67 35 28 - Email: yessef1poo@hotmail.com

Code INPE:105011324-ICE:001714066000082-Patente:40705677-IF:40267294

TP:000000-RC:15906-N°Autorisation SGG:2539