

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037775

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3611

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25-11-1962

Adresse : Résidence ALWAHDA, Bd M 95, BERRECHID

Tél. : 06626232147

Total des frais engagés : 2905,70 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/06/23

Nom et prénom du malade : EL HADJY EZZOHA Age: 42 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : BERRECHID

Le : 28/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/01/2023      | 6193              | C                     | 98200                           | <br>Dr. FATIM ELGASTRI<br>Bordeaux 33000<br>docteurfatimelgasti@gmail.com |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

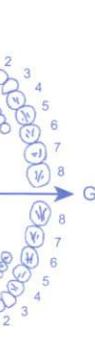
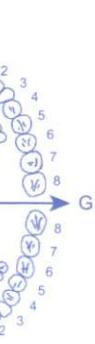
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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



15 juin 2023

Mme EL HAYANY Aicha

75,70

ZALERG collyre

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 2 Mois  
89,00

NAVITAE: collyre

1 goutte 3 à 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

155,70

PHARMACIE NAJAH SANTE  
BOUKENTER NAJAH  
156 Bd Mohammed V  
Berrechid  
GSM : 05 22 33 74 04



DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTHALMOLOGISTE  
APT05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc  
Tél : +212 5 22 03 54 95  
Email : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

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



15 juin 2023

Mme EL HAYANY Aicha

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

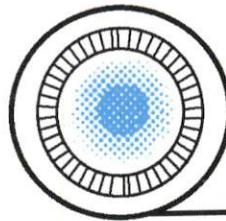
OD = - 0.50 (- 0.50 à 5°)

OG = - 0.50 (- 1.00 à 5°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.00

optic contact



Opticien

Khalid Admy

Opticien Optométriste



065008021

Facture N° 2291/23

Berrechid, le

21/06/2023

Client : Mr EL HAYANY Aicha

| Code | Description                                  | Total |
|------|--|-------|
| X31  | Revison Ver progr                            | 1000- |
| 481  | Degs & W/Presc                               | 1000- |
|      | Sum  | 500-  |
|      | Subt   | 2500- |
|      | QD -0,50 (-0,50 ± 5°)                        | 1,00. |
|      | OCOPTICONTRACT                               |       |
|      | Opticien Khalid ADMY                         |       |
|      | Opticien Optométriste Diplômé d'Etat         |       |
|      | 51 Bis Rue Medina Berrechid Té 0522 32 41 44 |       |
|      | IF 06 100051-Pat N 40707188-C.N.S.S. 2244797 |       |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Deux mille cinq cent dirhams.