

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-013488

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	7134	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ELMRABTE MAHAMED A96012	
Date de naissance :		01/10/1965	
Adresse :		N° 24 PASSAGE N° 1 HAY WAFAK BERRECHID	
Tél. :		0666113130 Total des frais engagés : 1950 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cachet du médecin :
Date de consultation : 05/02/24	
Nom et prénom du malade : ELMRABTE MAHAMED Age: 58	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Diabète de type 2	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> 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 : 08/02/2024 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
05/02/24	C	2	200	 Dr EZORAH BENOTMAN Chirurgien-Dentiste Chirurgien-Orthodontiste Chirurgien-Oral Imologue 108, rue de la République - 59000 Lille Téléphone : 03 20 20 10 10 Fax : 03 20 20 10 11 E-mail : drbenotman@orange.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

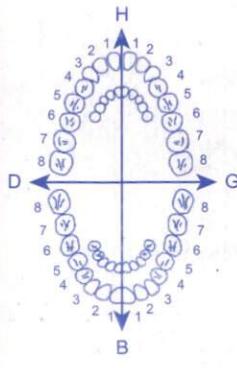
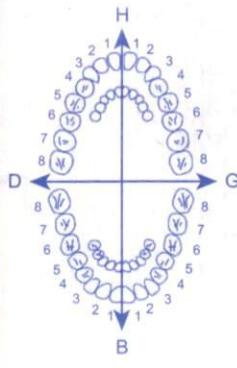
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC TINTSISTER'S BD EL MOUNA HA MANDAR EL JAMIL HERRECHID 05 22 33 72 28	26/02/2024					17000,00 DH

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	G 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



06 février 2024

Mr EL MRABTE Mhamed

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

Vision de loin :

$$OD = (-1.50 \text{ à } 95^\circ)$$

$$OG = (-1.50 \text{ à } 90^\circ)$$

Vision de près :

$$ODG = Add : + 2.75$$

OPTIC TWO STARS
BD EL MOUNA HAY MANDAR
EL JAMIL BERRECHID
0522337228

Dr.Fatim Ezohra BENOTMANE
48,Bd Med V étage 2, Berrechid
Au dessus de snack Istanbul
Tél.: 0522 03 54 95
GSM : 06 61 84 22 85



DATE :	20/02/2024
CLIENT :	el mrabte mhamed
FACTURE N° :	79/2024

0622 3372 13
BD EL JAMIL BERRECHID
OPTIC TWO SISTERS
BD EL MOUNA HAY EL MANDAR

QTE	DESCRIPTION	PU (TTC)	MONTANT (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	500.00	500.00
2	VERRES INCASSABLES + ANTI REFLETS PROGRESSIFS	600,00	1200.00
		TOTAL HT	1416.00
		TVA	284.00
		TOTAL TTC	1700.00

CORRECTION :

VL:

OD: Réon (- 1,50 à 5,00) {
OG: Réon (- 1,50 à 5,00) }

ADD: + 2,75

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE SEPT CENT