

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.



Declaration de Maladie

N° W21-779305

AS7613

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>AA-052</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MERNIT MUSTAFA</u>			
Date de naissance : <u>22/10/1973</u>			
Adresse : <u>73 Bd MA Boul</u>			
Tél. : <u>0655759701</u> Total des frais engagés : <u>1650.000</u>			

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin DR. MECHERBI CHAFIK OPHTHALMOLOGUE 6, Bd Mohamed V - OUJDA Tél.: 0525 69 16 06 - 0624 21 81 56			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>06/08/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>MERNIT OLA</u> Age: <u>08</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>ANNEE pre</u>			
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'adjudicataire.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 04/08/2023 Le : 06/08/2023

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
06/02/23	C		25000	IN 081162646 DR. MEGHERBI CHAHID OPHTHALMOLOGUE Tél. 0536 59 10 66 - 3624 21 81 56

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHTALMIC Opticien Optométriste JAMAL DRASS Tel : 05 36 70 46 46 OUJDA	6/2/23	1400

ANALYSES - RADIographies

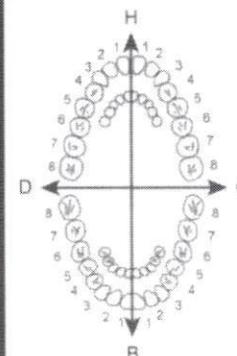
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

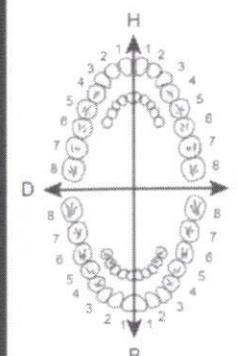
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

JAMAL DRISS
Opticien Optimétriste

M. : STERWIT OLA Doit

MODE DE PAIEMENT : ESPECES CHEQUE TRAITE

Date de règlement :

Nomenclature	DESIGNATION	P. U.	MONTANT
Monture			400
Verres			
OD	<i>f42 ac (-12)</i>		
OG	<i>f42 (-12)</i>		80
Odd			100
<i>Tutti gli articoli sono 1400.</i>			
 ANGIE RUS OPTICAL INC. TORONTO ONTARIO CANADA Tel: 416-499-7046 Fax: 416-499-0585 Optician Optometrist Optical Dispenser			

Dr Chafik MEGHERBI
OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologue des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT : Tomographie cohérence Optique



INPE : 081 16 2646



081162646

الدكتور شفيق مغربي

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA 06-02-2023

Enfant OLA MERNIT

Verres + monture

Oeil droit

Sphère : +4.00
Cylindre : -1.25
Axe : 0°

Oeil gauche

Sphère : +4.25
Cylindre : -1.25
Axe : 160°

Dr CHAFIK MEGHERBI
OPHTHALMOLOGISTE
Oujda 06-02-2023
Tél. : 0536 69 16 06 - 0624 27 3155

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليماني، الطابق الثاني - وجدة (أمام فندق وجدة وبجانب مقهى بروفدونس)

6, Bd Mohammed V- Imm El yamani, 2^{ème} étage - Oujda (En face hôtel Oujda et à côté café la providence)

ICE 001713651000035 - Tél : 05 36 69 16 06 - GSM : 06 10 02 10 30 - Email : c.megherbi@gmail.com