

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-808503

19/5/49
A

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MA 058 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : MERNIT MOSTAFA

Date de naissance : 02.06.1973

Adresse : 73 Bd NABOUS MAY AL QADIS

Tél. : 0624 89 85 20 Total des frais engagés : 2650,00

Cadre réservé au Médecin

DR. MEGHERBI CHAFIR
OPHTALMOLOGUE

6, Bd Mohamed V - OUJDA
Tél: 0536 69 10 00 - 0624 21 81 5

Date de consultation : 13/12/2023

Nom et prénom du malade : MERNIT OUA Age : 09

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie : Anémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'até médecin conseil de la Mutuelle.

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 : oujda Le : 13/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : DR

VOLET ADHÉRENT

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
31/12/13	Ch		25000	INP : 08M088666 Dr. MEGHERBI CHAFIK OPHTALMOLOGUE Boumed V - OUJDA 06-21-31 55

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

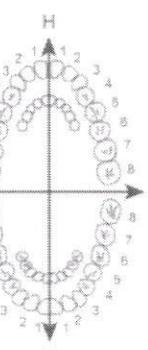
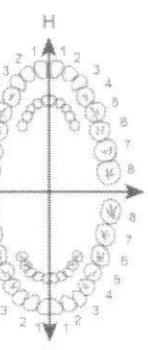
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date de la Soins	Nombre AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
FTM OPTIQUE Opticien Optométriste-Lentille de contact HASSAN EL HASSANI EL COUBA 10 N°770 CLUADA GSM : 06 40 89 49 16 Rajae MOUBACHI INPE : 06 (0) 144 82	19/12/2017  HASSAN EL HASSANI EL COUBA 10 N°770 CLUADA GSM : 06 40 89 49 16 Rajae MOUBACH					2600 DA

INPE: 06 CO 14482

VIOLET ADHESIVE

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

SOINS DENTAIRES	Nombre des Traitées	Nombre 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	G	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
				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'EXÉCUTION

Dr Chafik MEGHERBI
OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT : Tomographie à Cohérence Optique



INPE : 081162646



081162646

الدكتور شفيق مغربي

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le mercredi 13 décembre 2023

Enfant OLA MERNIT

Monture + verres

Verres traités antireflet

Oeil droit

Sphère : +3,75
Cylindre : -0,75
Axe : 180°
Addition:

Oeil gauche

Sphère : +4,50
Cylindre : -1,25
Axe : 155°
Addition:



Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTHALMOLOGISTE
6, Bd Mohammed V - OUJDA
Tél: 0636 68 46 66 - 0624 21 81 55

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليمني، 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



FTM OPTIQUE

Opticien Optométriste
Lentille de contacte

FACTURE

0002002

Date: 19/12/2023

Monsieur (Mme): OLA MERNIT

1^{er} ETAGE HAY ENNOUR HAY LHASSANI EL QOBBA 10 N° 770 OUJDA

Gsm : 06 40 89 49 16

RC : 40485- Patente : 10204803

ICE : 003195717000051

LF : 53575888 - CNSS : 4651494

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: -0,75 OG: -1,25	180° 110°	+3,75 +4,50	2	78,-	1560,-
VP: { OD: OG:					
ADD:					
 Opticien Optométriste Lentille de contacte HAY ENNOUR HAY EL HASSANI EL QOBBA 10 N° 770 OUJDA GSM : 06 40 89 49 16 Rajaee MOUBACHI			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input checked="" type="checkbox"/> UNIFOCAL <input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input checked="" type="checkbox"/> POLYCARBONATE <input type="checkbox"/> PHOTOGRAF <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU <input type="checkbox"/> 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
900,-	1	900,-			
TOTAL	2 400.DH				

Arrêtée la présente facture à la somme de: Deux mille DH
Dous Dous Deux mille DH