

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-595501

5-7665

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08880	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DERFOUTI - MOHAMMED			
Date de naissance : 28-11-1962			
Adresse : N° 9 Ayly le Abi Hayyam - Oujda			
Tél. : 06 99870702	Total des frais engagés : 1478,80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Dr MEGHERBI CHAFIK OPHTALMOLOGUE 23. Mohamed 5 - OUJDA Tel: 0536 091600 - 0624 218155 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	11-12-2020		
Nom et prénom du malade : DERFOUTI ASMAA - Age: 19ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ANTIDIABE			
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 : 04/12/2020 **Le :** 11/12/2020
Signature de l'adhérent(e) : DERFOUTI ASMAA

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-595501
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 08880	
Nom de l'adhérent(e) : DERFOUTI	
Total des frais engagés : 1478,80	
Date de dépôt :	

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
11.12.20	Cr.		2500 Dh	INP : 08M62646
				Dr MEGHERBI CHAFIK
				OPHTALMOLOGUE
				Bd. Mohamed 5 - OUJDA
				tel: 0530 6116 06 - 0624 21 8155

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ALI SIDI 119 rue 21 Oujda <i>[Signature]</i>	11/12/20	28.80

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	
VERO OF QUE Reçu Centre N°4 à Côte d'Azur El Badi Oujda - Gsm: 06 15 34 82 70	2011-01-01					1200 Dhs

VOLET ADHERENT

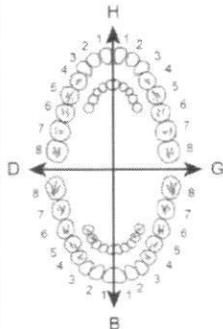
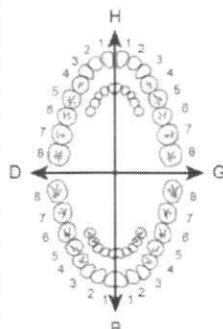
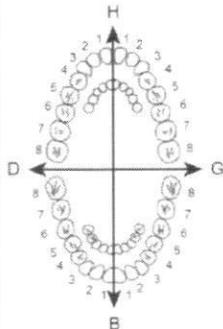
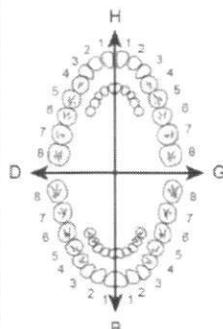
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT																	
	C MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433562	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
H	G																	
25533412	21433562																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

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

إختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le vendredi 11 décembre 2020

Mademoiselle Asmae DERFOUFI



Mettre dans les 2 yeux

28,80

Artelac collyre: 1 goutte 4 fois par jour pendant 20 jours

PHARMACIE SIDI SHAM
Nour SIDI SHAM
Pharmacienne
119 rue al boughaz le benmimoun
Oujda - Tel: 0536 59 11 46

Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTHALMOLOGISTE
6 Bd Mohammed V - Oujda
Tél.: 0536 69 16 06 - 0624 21 81 46



VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste
Lentille de contacte

FACTURE

N° 2045

Date: 26/01/2021

Monsieur (Mme): ASMA & Delfaifi

Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui - Ouajda
Gsm : 06 15 34 82 70 - VERO OPTIQUE

RC : 34803- Patente : 11201709

ICE : 002398089000067

I.F. : 42739944 - CNSS : 1844173

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: OG:		10.51 10.51	1	400.00 400.00	400.00
VP: { OD: OG:					
ADD:					
VERO OPTIQUE Opticien Optométriste - Lentille de Contacte Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui Oujda - Gsm : 06 15 34 82 70			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input checked="" type="checkbox"/> UNIFOCAL <input type="checkbox"/> MINERAL <input type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE <input checked="" type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input checked="" type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU <input checked="" type="checkbox"/> 1,5 <input 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		
			MONTURE OPTIQUE <input checked="" type="checkbox"/> METAL <input type="checkbox"/> PLASTIQUE		
1	400.00				
TOTAL		1200.00			

Arrêtée la présente facture à la somme de: 1200.00

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

إختصاصي

في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

OUJDA le vendredi 11 décembre 2020

Mademoiselle Asmae DERFOUFI

Monture + verres

Oeil droit

Sphère : +2,25

Cylindre :

Axe :

Addition:

Oeil gauche

Sphère : +2,75

Cylindre :

Axe :

Addition:

VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste - Lenille de Corneille

Rue Centre N°4 a Côte de Café El Badi

Oujda - Gsm: 06 15 34 82 70

**Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTHALMOLOGISTE
6, Bd Mohammed V - OUJDA
Tél.: 0536 69 16 06 - 0624 21 81 55**

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليمني، الطابق الثاني - وجدة (أمام فندق وجدة و بجانب 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 24 21 81 55 - Email: c.megherbi@gmail.com