

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-556949

29/01/2022

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	07764	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HADDOU IL HAM			
Date de naissance : 31-03-1964			
Adresse :			
Tél. : 0698870700 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr MEGHERBI CHAFIK OPHTALMOLOGUE C.P. Mohamed 5 - OUJDA Tél: 0530 67 16 06 - 0624 21 81 55			
Date de consultation :	09	-	03 - 2022.
Nom et prénom du malade :			
lien de parenté :	■ Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Astropia			
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 : 09/03/2022
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
09/03/2022	G	2500		INP : 081362646
				DR MEGHERBI CHAFIK OPHTALMOLOGUE C.R.D. MOHAMED 5 - OUJDA Tél: 0530 69 16 00 - 0624 21 81 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

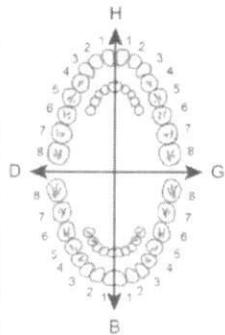
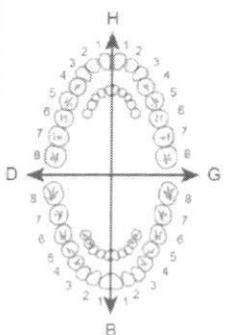
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VERO OPTIQUE Opticien Optométriste - Lentille de Contact Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badia Gsm : 06 15 34 82 70	12/03/2022					15000

VOLET ADHERENT

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

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														
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	26533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	11433553												
G	35533411													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



FACTURE

VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste
Lentille de contacte

Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui - Ouajda
Gsm : 06 15 34 82 70 - [f](#) VERO OPTIQUE

RC : 34803- Patente : 11201709

ICE : 002398089000067

I.F : 42739944 - CNSS : 1844173

Date: 12/03/2022

Monsieur (Mme): TAHAR HAMDOU

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: OG:		+3.50	1	53000	53000
VP: { OD: OG:		+3.50			
ADD:					
			<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 type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU		
VERO OPTIQUE Opticien Optométriste - Lentille de Contacte Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badoui Gsm : 06 15 34 82 70 Passeport MOURABCHI			<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		
			MONTURE OPTIQUE <input type="checkbox"/> METAL <input type="checkbox"/> PLASTIQUE		
TOTAL		153000			

Arrêtée la présente facture à la somme de:

153000

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 mercredi 9 mars 2022

Madame ILHAM HADDOU

Verres de pres + monture

Oeil droit

Sphère : +3,50

Cylindre :

Axe :

Oeil gauche

Sphère : +3,25

Cylindre :

Axe :

VERO OPTIQUE
Opticien Optométriste - lentille de Contacte
Reçu Centre N°4 à Côté de Café El Badroul
Gsm : 06 15 34 82 70
Route de Rmouachi

Dr CHAFIK MEGHERBI
Ophtalmologiste
le: 05 36 69 16 06 - GSM: 06 24 21 81 55