

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.



Declaration de Maladie

N° W21-769466

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M424 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKAOUT ADIL

Date de naissance : 22 03 1978

Adresse : 26 Rue DORIKA, HAY BENMIMON
RUE SIDI YANHA

Tél. : Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2022

Nom et prénom du malade : BEKKAOUT ADIL Age : 45

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction Optique

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<div style="position: absolute; bottom: 10px; right: 10px; color: blue; font-weight: bold; transform: rotate(-45deg);"> UNE </div>			

[illegible]

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées		Nouveaux Soins																												
						COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																									
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																									
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																									
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>
		H		G																												
		25533412	21433552																													
		00000000	00000000																													
		00000000	00000000																													
		35533411	11433553																													
		B																														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>																								
						DATE DU DEVIS		<input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION		<input type="text"/>																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



OPTIQUE LEHLOU

Opticien - Optométriste - Oculariste

facture n 0578/2022

Date de Facture	Mode de Reglement
02/11/2022	Espèce

CLIENT

BEKKAOUI ADIL

DESIGNATION	QTE	PU HT	PU TTC
OD: +1.25	1	625.00	750.00
OG : +1.25	1	625.00	750.00
MONTURE OPTIQUE	1	1000.00	1200.00

TOTAL (HT) 2250.00

TVA 20% 450.00

TOTAL (TTC) 2700.00

Arreté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE SEPT CENT DIRMANS

OPTIQUE LEHLOU ATMANE
SARL AU
LEHLOU ATMANE
Opticien - Optométriste - Oculariste
Tél : 05 36 68 27 80

STE OPTIQUE LEHLOU ATMANE SARL AU

ADRESS : ANGLE ALLAL BEN ABDELLAH ET BD MED 5 IMM FARAH MAGAZIN N° 5 OUJDA

G-MAIL : lehlou29@gmail.com / Tél : 05 366-82780

N° PATENT : 10700370 - RC : 32789 - IF : 26161127 - ICE : 002140039000004

Dr. El Habri CHELQI

OPHTHALMOLOGISTE

Maladie et Chirurgie des Yeux et Paupières
Chirurgie de Cataracte par phacoemulsification
Chirurgie du Strabisme

Diplômé de l'Université de Dijon (France)

Ancien Ophthalmologiste des Hôpitaux de France

D.U. de Contactologie et Biomatiériaux de Brest (France)

Champ visuel Informatisé - Angiographie numérisée - Laser (ARGON YAG)

Correction de la vue au laser excimer

Chirurgie des voies lacrymales au laser



الدكتور الهبري شلقي

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون والجفن

تقويم الحول - جراحة الجلالة بجهاز الفاكو

خريج جامعة ديجون بفرنسا - طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

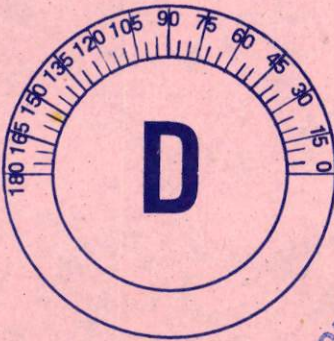
حائز على شهادة جامعة للعدسات اللاصقة (جامعة بريست فرنسا)

فحص مجال النظر بالكمبيوتر - تصوير الأوعية - الليزر

تصحيح النظر بالليزر - جراحة المسالك الدمعية بالليزر

Oujda, le : 05/11/22 وجدة. في

M : Dr. El Habri Chelqi



VISION
A DISTANCE

O. D.

O. G.

VISION
DE PRES

O. D. + 1,25

O. G. + 1,25

+ Monture

Clinique MULTIDISCIPLINAIRE

Lot Talhaoui N° 232, rue alirfane - Oujda - Tél.: 05 36 53 20 20- 05 36 68 49 11 - Fax: 05 36 53 00 42

Email: cliniquealirfane@gmail.com