

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.

136143 Optique A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

M474

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEKKAOUI

ADIL

Date de naissance :

22/03/1978

Adresse :

26 Rue DORIKA, Hay BENMIMOUN

Tél. :

RTE SIDI YAHYA

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR EL HABRI CHELOI
OPHTALMOLOGISTE
7 Bd Jalloul Mohamed, Hay Al Irfan - UIADA
Tél: 0536 68 49 11 - 0536 53 39 54
INPE: 081040958

Date de consultation :

01/11/2022 BEKKAOUI ADIL Age: 45

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Correction optique.

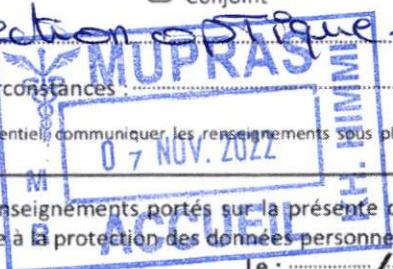
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at: 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 :

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
01/11/21				INP : 00000000000000000000000000000000
2021	US		300,00\$ N	EI Hab HTALMO Mohamed Ray 15/11/2021 03:55:31 08/2/2049

ONORAIRES	
détaillé aires	Cachet et signature du attestant le Parlement de INP : 
EDN	
ANNANCES	Montant de la Facture

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Particulier		Dan S
---------------------------------------	--	----------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participe	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE LEMIRE LE MIRE SARL 1200, Chemin du Moulin TÉL: 05 61 68 2	02/11/1992		✓			2700,-

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES		Besoins Traitées	Nb. Soins															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXÉCUTION



OPTIQUE LEHLOU

Opticien - Optométriste - Oculariste

facture n 0578/2022

Date de Facture	Mode de Règlement
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 DIRHAMS

OPTIQUE LEHLOU ATMANE
SARL AU
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 Biomatériaux de Brest (France)
 Champ visuel Informatisé - Angiographie numérisée - Laser (ARGON YAG)
 Correction de la vue au laser excimer
 Chirurgie des voies lacrymales au laser

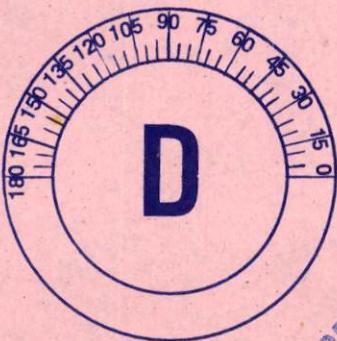


الدكتور الهبرى شلقى

احترافي في أمراض وجراحة العيون والجفن
 قزح 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 : ٥٢/١٠/٢٢ وحدة في:

M : Habib KADRI Aidi F.



**VISION
A DISTANCE**

{ O. D.
O. G.

O. D. + ١,٢٥

O. G. + ١,٢٥

+ Monture

**VISION
DE PRES**

{ O. D.
O. G.

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