

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° W21-781108

149921

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 08880		Nom & Prénom : DERTOUFI - MOHAMMED	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Date de naissance : 28-11-67		Adresse :	
Tél. : 0699870226		Total des frais engagés : 1450 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	Dr. MEGHERBI CHAFIK		
	OPHTHALMOLOGUE		
6, Bd Mohamed V - OUJDA			
Tél: 0536 69 18 06 - 0624 21 81 96			
Cachet du médecin :		Date de consultation : 09/01/2023	
Nom et prénom du malade : DERTOUFI - ASMAE		Age : 22	
Lien de parenté : AÎME		<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : ATTELÉ		<input type="checkbox"/> Enfan	
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 : 09/01/2023 Le : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

DR. MEGHERBI CHAFIK

ACCUEIL

CH. HIRIM

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Montant détaillé du Chèque	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/01/2023	DR. MEGHERBI CHAHID OPTOMETRISTE 6, Bd Mohamed V Tel: 0536 69 19 55 - 0624 21 01 55	02/01/2023 02.500 Dhs	02.500 Dhs	INP : 0811562645

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

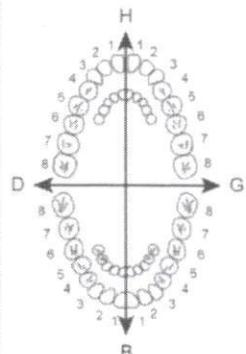
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
Participe à la formation Opticien Optométriste - Lentille de Contact Reçu Centre N°4 à Côte de Cafè El Badoui Oculiste - Gam. 057 21 89 70	10/11/06 Opticien Optométriste El Badoui - Gam. 057 21 89 70	144 82	1202.00
	20.2.3		

VIOLET ADHERENT

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

[Creation, Remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DEPARTEMENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

**MONTANTS
DES SOINS**

DATE DU
REVIS

DATE DE
LIBÉRATION

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 09-01-2023

MADEMOISELLE DERFOUFI ASMAE

Monture + verres

Verres traités antireflet

Oeil droit

Sphère : +2,75
Cylindre :
Axe :
Addition:

Oeil gauche

Sphère : +2,75
Cylindre :
Axe :
Addition:

VERO OPTIQUE
Opticien Optométriste - Lentilles de Contacte
N°4 Centre N°4 à Côté de Hôtel El Baudouj
Oujda - GSM: 06 15 34 82 70

Dr. MEGHERBI CHAFIK
OPHTHALMOLOGISTE
6, Bd Mohamed V - OUJDA
Tél: 0536 03 13 05 - 0624 21 81 35



FACTURE

0002544

Date: 10/11/2023

Monsieur (Mme): Derfoufi A sma-e

VERO OPTIQUE

Opticien Optométriste
Lentille de contacte

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:		+2,75	1	400	800
VP: { OD: OG:		+2,75	1	400	
ADD:					
<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER					
<input type="checkbox"/> UNIFOCAL					
<input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE					
<input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input checked="" 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					
MONTURE OPTIQUE					
<input type="checkbox"/> METAL					
<input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE					
			1	400	1200
TOTAL GÉNÉRAL					

Arrêtée la présente facture à la somme de:

1200 Dhs