

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **11474**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BEKKAOUI ADIL**

Date de naissance : **29-03-1978**

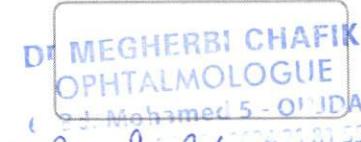
Adresse : **HAY ZIDOUNG, LOBenninaoue, Rue Daka N°26  
Oujda.**

Tél. : **0661052133**

Total des frais engagés : **2,100,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06/02/2024**

Nom et prénom du malade : **BEKKAOUI IDRISSE**

Age : **46**

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Amiodroge**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : **Pathologie**

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 : **Oujda**

Le : **16/02/2024**

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
06/02/14	CS		250 DH	<i>Dr. Mohimmed S. S. S. 06/02/14</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

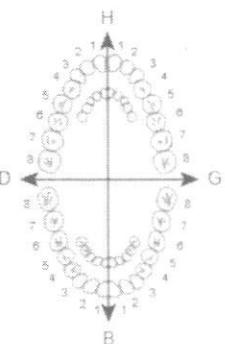
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NE			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet ou signature du Practicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
TIQUE L'ENTRETIEN LE MÉDECIN	10/02/2014			✓		1800.00

#### VOLET ADHERENT

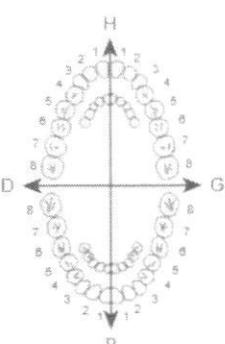
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|c}
 H & \\
 \hline
 25533411 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 00000000 & 00000000 \\
 35533411 & 11433553
 \end{array}
 \quad G$$



(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

1/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
REVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



# OPTIQUE LEHLOU

Opticien - Optométriste - Oculariste

facture n° 051/2024

Date de Facture	Mode de Règlement
10/02/2024	Espèce

CLIENT

BEKKAOUI IDRIS

DESIGNATION	QTE	PU HT	PU TTC
OD:-2.50 -0.25 A180°	1	416.67	500.00
OG :-1.25 -0.75 A 180°	1		500.00
<b>MONTURE OPTIQUE</b>	<b>1</b>	<b>666.67</b>	<b>800.00</b>

TOTAL ( HT )	1500.00
TVA 20%	300.00
<b>TOTAL ( TTC )</b>	<b>1800.00</b>

Arreté la présente facture à la somme de :

**MILLE HUIT CENTS DIRHAMS**

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 : 00214003900004

**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



**الدكتور شفيق مغربي**

**اختصاصي**

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

**INPE : 081162646**



081162646

OUJDA le mardi 6 février 2024

**Enfant Idriss BEKKAOUI**

Monture + verres

Verres traités antireflet

Oeil droit

Sphère : -2,50

Cylindre : -0,25

Axe : 180°

Addition:

Oeil gauche

Sphère : -1,25

Cylindre : -0,75

Axe : 180°

Addition:

TIQUE LEHLOU ATMANE  
SARL/AU  
LEHLOU ATMANE  
Ophtalmologiste

05 36 68 27 80

Dr MEGHERBI CHAFIK  
OPHTHALMOLOGUE  
RUE MAMOUNIA 3 - OUJDA  
05 36 68 27 80

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليهاني، الطابق الثاني - وجدة (أمام فندق وجدة وبجانب مقهى بروفونس)

6, Bd Mohammed V - Imm El yamani, 2<sup>ème</sup> étage - Oujda (En face hôtel Oujda et à côté café la providence)

ICE 001713651000035 - Tél : 05 36 69 16 06 - GSM : 06 10 02 10 30 - Email : c.megherbi@gmail.com