

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10186 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJ M. ARISS

Date de naissance : 12-04-59

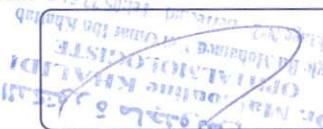
Adresse : 81 Rue Al JABAR HY El youssef Ben Abdellah

Tél. : 061266278

Total des frais engagés : 2700 + 250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.09.2023

Nom et prénom du malade : MAJ M. ARISS Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

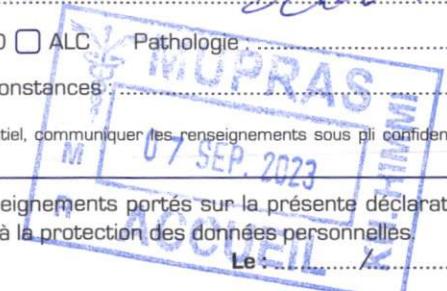
Nature de la maladie : Affection Pathologie : accolote

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 :

Signature de l'adhérent(e) : MAJ M. ARISS

Le : 07 SEP. 2023

## 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
05/09/2023	5	270,67	100% PAIEMENT	DR. MEDICOLOGISTE KHALIL

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
<i>Chiropractique</i> 20-08-2020 - Béatrice Hébert	05/09/2023					<i>22000\$</i>

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



كتورة ماجدoline خالدي

استعاضية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



Mr/Mme: ..... **Mr. KRIM DRISS**

Berrechid le,..... **05 septembre 2023**....

Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTOCHROMIQUE Antireflets

VL :

OD = + 4.50 (- 1.50 à 165°)

OG = + 4.00 (- 0.75 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

CHAOUIA OPTIQUE  
STUDIO 2  
Coiffante de la vue  
18 Bd Dakhla - Hay Al Jidima - Berrechid  
Tél: 05 22 53 43 20

Dr. Majdouline Khalidi  
Ophtalmologiste  
Berrechid - Dakhla  
Tél: 05 22 51 79 51 - GSM: 06 76 10 43 74 - E-mail: khalidi.majdouline@hotmail.com



# CHAOUIA OPTIQUE

*Fedoua Stitou*  
Opticienne - Optométriste

Facture N° 002198

Berrechid le. 25.9.1923.

Client K.H.I.M.....MISS

Qté	Désignation	Prix	Total
1	mouture	700	700 DHT
2	Vanes organique + G X		
0.0	+ 4.50 (- 1.50 x 165 <sup>-</sup> )	1000	1000 DHT
0.0	+ 4.00 (- 0.75 x 95 <sup>-</sup> )	1000	1000 DHT
	ADD + 3.00		
<b>CHAQUIA OPTIQUE</b> <b>STITCHERBOUA</b> <b>Confiseur Optométriste</b> <b>18 Bd Dakhla - Hay A. Monna - Berrechid</b> <b>TEL: 05 22 53 48 20</b>			
Arrêtée la présente facture à la somme de		27000 DHT	
Deux mille sept cent dix			

**18 BD Dakhla hay al mouna - Berrechid - TÉL.: 05 22 53 48 20  
I.F: 92980210 PATENTE : 40712938 Rc :7450 CNSS : 468054**