

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 065268

ND: 42711

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6601 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELYOUSSEFI, M'hamed

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : LOT WAFI N° 25 panel 1 BERAHIDI

Tél. : 066.1650595 Total des frais engagés : 43,750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. Khalidi Mjdouline
دكتورة خالدي مجدولين
OPHTALMOLOGISTE
Dr. Mohamed El Omar Ibn Khattab
Anjaliya Reg. Barakat Tel. 0522 5171

Date de consultation : 20/09/2020

Nom et prénom du malade : M'hamed Elyoussefi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gastro-entérite

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 : BERAHIDI Le : 30/09/2020

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
20/09/20	;	26050		Dr.Khalidi Hajdouche CHITALM - LOGISTE Mohamed et Operation Khalid arrechid - Tel: 0522 51 11 1

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 Cœfficients	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>Opticien ue d'Alger Mosquée schid tél : 05 22 32 07 19</i>	31/10/2020					3500,00

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 d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 11433553 00000000
				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'EXECUTION

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



061181541

الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

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

Berrechid le,..... **30. septembre 2020**

Mr/Mme: **Mr. EL YOUSSEFI Med**

Monture + verres correcteurs progressifs
anti uv Antireflets

VL :

OD = Plan (- 1.25 à 90°)

OG = - 0.50 (- 0.75 à 80°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue d'Elger Mosquée Ouhoud
Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19

Dr.Khalidi Majdouline
الدكتورة خالدي ماجدولين
OPHTALMOLOGISTE
Angle du Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er étage N°2 Berrechid-Tel:0522 51 11 51

FACTURE

Date : 03/10/2020

CLIENT: MED EL YOUSSEFI

Numéro: 315354543

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE CK	1	500.00
VD	BOURGEOIS PROGRESSIF ORG 1.5 TRIO BLEU	1	1 500.00
VG	BOURGEOIS PROGRESSIF ORG 1.5 TRIO BLEU	1	1 500.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. KHALIDI MAJDOULINE</u>			
LOIN : OD: (-1.25, 90°) OG: -0.50 (-0.75, 80°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+2.50 OG:+2.50			
Total TTC:			3 500.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			700.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS .TTC.**

Optique Ouhoud
 Opticien Optométriste
 4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
 Berrechid ; Tél : 05 22 32 87 19