

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 106021 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUHADDA HAMID AC4004

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0659563701 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUHADDA HAMID Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cert. est. apt. 2

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
12/12/22	5	250.00		Dr. B. Maitigouline K. M. Maitigouline et Oma. Maitigouline. 2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
	14/10/2022				

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS						
DEBUT D'EXECUTION						
FIN D'EXECUTION						
COEFFICIENT DE MASTICATION						

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Majdouline KHALIDI

الدكتورة ماجدولين خالدي

· 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



اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الميزر
- دبلوم العدسات الاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالميزر « بوردو »
- طيبة سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- طيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



Mr/Mme: **Mr. BOUHADDA Ali**

Berrechid le, **12 décembre 2022**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
anti lumiere blue Antireflets

OD = - 3.75 (- 1.50 à 15°)

OG = - 3.00 (- 3.00 à 155°)



Dr. MAJDOUNE KHALIDI
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab, 1er Etage, Appt 2 - (au dessus d' Attijari Wafa Bank) - Berrechid
Tél : 05 22 51 79 51 - Gsm : 06 76 10 43 74 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.fr - (Sur Rendez-vous)

FACTURE

Date : 14/12/2022

CLIENT: ALI BOUHADDA

Numéro: 51598

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE OPAL	1	800.00
VD	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.6 BLUE UV	1	400.00
VG	BOURGEOIS UNIFOCAL ORG AR 1.6 BLUE UV	1	400.00
PRES:			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. KHALIDI MAJDOULINE			
LOIN : OD:-3.75(-1.50,15°) OG:-3.00(-3.00,155°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD: OG:			
Total TTC:			1 600.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			320.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **MILLE SIX CENT DIRHAMS TTC**

