

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 106021 Société : ANU ou ACCUEIL

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUHADDA HAMID

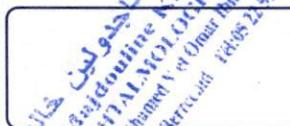
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0659563701 Total des frais engagés : 100000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2012 Age :

Nom et prénom du malade : SOUFIEN HAMID Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : COT ESTÉI optog

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/12/2012	5		200.87	Dr. J. L. Baudoin Signature : Dr. J. L. Baudoin Date : 12/12/2012

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

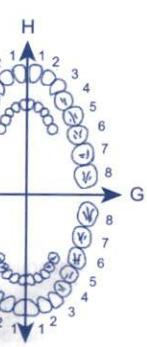
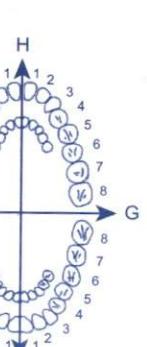
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 canalaire, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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



الدكتورة ماجدولين خالدي

اختصاصية 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



061181541

Berrechid le... 12 décembre 2022.....

Mr/Mme: ..... Mme BOUHADDA NADIA

Monture + verres correcteurs progressifs  
anti uv Antireflets

VL :

OD = + 1.00

OG = + 1.00 (- 0.25 à 110°)

VP :

ODG = Add : + 2.50



Dr. Majdouline KHALIDI  
OPTOMÉTRE  
Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
1er Etage App 2 - Berrechid 106052517151  
Tél : 05 22 51 79 51 - Gsm : 06 76 10 43 74 - E-mail : khalidi.majdouline@hotmail.fr - (Sur Rendez-vous)

## FACTURE

Date : 24/12/2022

**CLIENT: BOUHADDA NADIA**

**Numéro: 552214**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<b><u>LOIN:</u></b>			
MONTURE	OPTIQUE OPAL	1	800.00
VD	PROGRESSIF ORG PREMIO NUMERIC 1.56 MINI CLEAR	1	500.00
VG	PROGRESSIF ORG PREMIO NUMERIC 1.56 MINI CLEAR	1	500.00
<b><u>PRES:</u></b>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<b><u>CORRECTION VISUELLE:</u></b>			
<b>Dr. KHALIDI MAJDOULINE</b>			
LOIN : OD:+1.00 OG:+1.00(-0.25,110°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+2.50 OG:+2.50			
<b>Total TTC:</b>		<b>1 800.00</b>	
Taux TVA:		20%	
Montant TVA		360.00	

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

