

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.

N° W19-528789

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) (211283)			
Matricule : 036M			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSIME AHMED			
Date de naissance : 25-11-1962			
Adresse : Résidence ALWATHDA, BERRECHID			
Tél. : 0673717452		Total des frais engagés : 1580,40 Dhs	

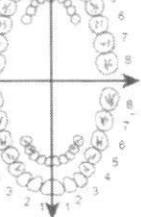
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : El 18my 2014. mida Age: <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : AS côte			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 MARS 2020			
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 : **BERRECHID** Le : **10-03-2020**
Signature de l'adhérent(e) : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Opticien Optométriste Diplômé d'Etat Elie Rue Medina Béchara 100031 Beyrouth PHARMACIE	06/03/2020	1100,00
	04-03-2020	280,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
		MONTANTS DES SOINS																
		DEBUT D'EXECUTION																
		FIN D'EXECUTION																
		O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			CŒFFICIENT DES TRAVAUX		
				H	25533412	21433552												
				D	00000000	00000000												
				B	35533411	11433553												
				G														
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 ماجدolin خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- المراجحة المجهريه للجلاله
 - تخطيط اوعية الشبكة - الميزر
 - دبلوم العدسات الاصقة « تولوز »
 - دبلوم تصحيح النظر باليزر « بوردو »
 - طبيه سابقا بمستشفى 20 غشت
 - طبيه داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Mr/Mme: **Mme EL HAYANY Aicha**

Mme EL HAYANY Aicha

1870

ZALERG: COLLYRE

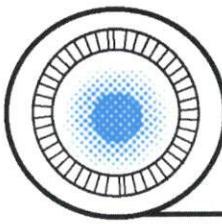
1 goutte 2 fois par jour, les deux yeux, 2 Mois

OZODROP

1gouttex2/j pd 1mois , les deux yeux, 1 Mois



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 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.com



An illustration of a human eye with a blue iris and pupil. The word 'optic' is written in blue lowercase letters to the left of the eye, and the letters 'ntact' are written in blue lowercase letters to the right, suggesting the word 'optical contact'.



065008021

Facture N° 249 | 20

Opticien Optométriste

Berrechid, le 06/03/2020

Client: Mr. Anthony Sichler

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

57, Bis Rue Médina (près l'O.N.E.) Berrechid - Tél./Fax : 022.32.41.44 - I.F. : 06100051
Patente : 40707188 - T.V.A. : 771037 - C.N.S.S. : 2244797 - ICE : 001554434000048 - R.C. : 607 Berrchid

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

Berrechid le, 04.mars.2020

Mr/Mme: **Mme EL HAYANY Aicha**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
anti uv Antireflets

OD = - 0.50

OG = - 0.50 (- 0.50 à 5°)

