

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-474096

53907

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09265

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

7^e EJJABRI MOHAMED

Date de naissance :

le 18/05/1960

Adresse :

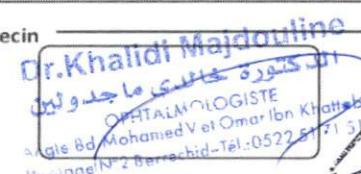
N^o 66 RUE GHAZZA HAY WAFI BERRACHECH

Tél. : 0525735956

Total des frais engagés : 2710,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

EJJAM 2011

Nom et prénom du malade :

Age : 51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

BERRECHID

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Khalidi Majdouline
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er étage N°2 Berrechid - Tél.: 0522 51 71 51

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-474096

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 25/04/2011

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | 25000 | INP : Dr.Khalidi Majdouline دكتور خالدي ماجدوline OPHTHALMOLOGISTE Khalid Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab N°2 Bouschir-Tel:0522 51 71 51 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  <p>Opticien Optometriste Diplômé d'Etat Khalil Medina Berrechia N° 0522-32-32-44 Rue Medina Berrechia 4070 - 88-CN-SG IF UN Ophtalmologist Optician Optometrist Diploma Khalil Medina Berrechia N° 0522-32-32-44 Rue Medina Berrechia 4070 - 88-CN-SG IF UN</p> | 22/11/2020 | 2300,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------|---|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|-----------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D ————— G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D ————— G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D ————— G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

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

إخصائية 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



061181541

Berrechid le, 21 décembre 2020

Mr/Mme: Mr. EJJABRI Med

Monture + verres correcteurs progressifs
anti uv Antireflets

VL :

OD = + 1.25 (- 1.00 à 100°)

OG = + 1.00 (- 1.00 à 75°)

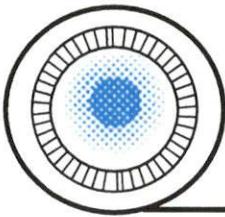
VP :

ODG = Add : + 2.50

OPTICO CONTACT
نظارات اتصال
OPTICO OPTICO
ADMDY DIPOMA DE
Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab 1er étage
N° 22 Barrechid 10107 - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 324 444
Fax: 0522 324 444
E-mail: khalidi.majdouline@hotmail.com

Dr. Khalidi Majdouline
دكتورة ماجدولين خالدي
OFTHALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
1er étage N°2 Barrechid - Tel: 0522 51 71 71

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 1132/20

Berrechid, le 22/12/2020

Client : M. El JABRI Mohamed

| Code | Description | Total |
|------|---------------------|--------|
| 481 | Le Visim de profil | 900,- |
| 431 | degres +6/-20 | 900,- |
| | le verre | 500,- |
| | | 2300,- |
| 03 | +1,20 (-1,00 à 100) | 111,- |
| 06 | +1,00 (-1,00 à 70) | 210,- |
| | | |
| | | |

Arrête la présente Facture à la Somme de

Deux mille trois cent quatre-vingt-Dix