

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule **10575**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom **BOUGIRIN LAIDI**

Date de naissance **17/10/21/1967**

Adresse **LOT EL MWA FAH N° 33 DÉrouad**

Tél. **0662746069**

Total des frais engagés : **3100,00 + 167,40 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation **18/10/21**

Nom et prénom du malade **Bougirin** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **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 : **Stp fct fci**

Le : **18/10/21**

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
18/08/22	S	210,87		18/08/22 Hôpital de la Réunion RÉSIDENTIAL Hôpital de la Réunion 19/08/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CONTACT ADMY	02/11/2022	3100,00
	18/08/22	167,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

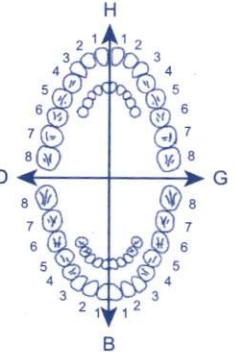
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

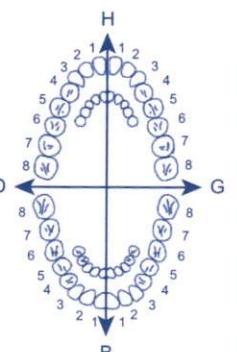
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	G
D	B



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
D	00000000
	00000000
	35533411
B	11433553
G	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهورية للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - اليلز
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر باليلز « بوردو »
- طبيبة سابقاً بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالمدار البيضاء



061181541

Berrechid le.....**18 août 2022**.....

Mr/Mme: **Mr. BOUGRIN LAIDI**

Monture + verres correcteurs progressifs
anti uv Antireflets

VL :

$$OD = -0.25 \text{ (-0.25 à } 75^\circ\text{)}$$

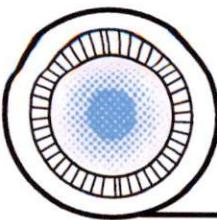
$$OG = -0.50 \text{ (-0.25 à } 180^\circ\text{)}$$

VP :

$$ODG = Add : +2.50$$

OPTICCONTACT
نظارات
Optician
Khalidi MADMY
Diplomé d'Etat
Opticien Optométriste
57 Bd. Rue Mezama Berrechid Tel 0522 32 41 44
IF 06 10 00 51 - Pal N° 40707 88-CNSS 2244787

optic contact



Opticien

Khalid Admy

Opticien Optométriste



065008021

Facture N° 1187/22

Berrechid, le

02/11/2022

Client : Mr bouGRIN LADY

Code	Description	Total
431	B VISION Vues progressives des yeux de 65/70 M.C	1950-
431	Remonture	600-
	Total	3100-
	D -0,25 (-0,25 à K) D -0,50 (-0,25 à 180)	1400/- 2150

OPTIC CONTACT
Opticien Khalid ADMY
Opticien Optométriste Diplômé d'Etat
57 Bis Rue Médina - Berrechid Té 0522 32 41 44
IF 06 100055 - P. IN 4070188-C.N.S.S 2244797

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

Trois mille Cent Dirhams

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

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهزة للجلالة

- تخطيط أوعية الشبكة - الميزر

- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »

- دبلوم تصحيح النظر بالميزر « بوردو »

- طيبة سابقا بمستشفى 20 غشت

- طيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le..... 18 août 2022

Mr/Mme: Mr. BOUGRIN LAIDI

90,70

OPATANOL: COLLYRE



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

35,70

TOBRADEX: COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour, les deux yeux, 10 jours

41,00

GEL LARMES



1 app le soir, les deux yeux, 1 Mois

T=167,40



6 118001 100958

GEL-LARMES ~ Gel Oph. tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Boussoura
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH

406836 MA

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Boussoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS

407253 MA