

# 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.

## éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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](http://www.mupras.com)

54905

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023934

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RAT

Actif  Pensionné(e)  Autre : R

Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdallah Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 41 Tissir I BERRECHID

Tél. : 06 74 20 75 33 Total des frais engagés : 3050,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2013

Nom et prénom du malade : Khalid Souri Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 Le : 26/12/2013

Signature de l'adhérent(e) :

S. Souri



### 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
28/12/20	€		280.00	 <p>Dr. Khalidi Naidoo OPHTHALMOLOGISTE Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khatab Terrain N°1 Berrechid - Tél: 0522 511 51</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

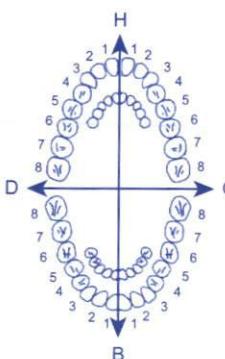
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Optique Le Beau Coin Ech. Mouschoua Keta Bloc (J) N°70 Tél: 06 25 21 25 92	30/12/20				2800.00	

### 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				DATE DU DEVIS
DATE DE L'EXECUTION				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**ODF PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**(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 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, ..... 28. décembre. 2020

Mr/Mme: ..... Mme KERROUM Souad

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
anti uv Antireflets

VL :

OD = Plan (- 0.25 à 160°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 15°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

Optique Le Beau Ciel  
El. Majdouline Khalidi  
Tél.: 06 25 21 25 92

Dr. Khalidi Majdouline  
الدكتورة خالدي ماجدولين  
OPHTHALMOLOGISTE  
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
1er Etage - N°2 Berrechid - Tél.: 0522 51 25 92

# Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca

Optique Le Beau Coin  
Bd Moudibokita Bloc (j) N°70

Tel: 06 26 21 25 92

N° 000679

Casablanca le : 30.12.2020

Mr: KERROU SAWA

VL:	1 P. 25	
OD:	160.102	
OG:	151.4.0.28	
VP:	111.4.2.03	
OD:	111.4.2.03	Optique Le Beau Coin Bd Moudibokita Bloc (j) N°70
OG:		06 26 21 25 92
Monture:	1000.00	
Verres:	186.00	
Total:	2866.00	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	2866.00	