

# 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

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



54905

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023934

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7115 Société : RATI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R

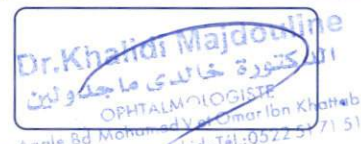
Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdallah Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 4 TISSIN 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 : 10/10/2020

Nom et prénom du malade : Keffaoui Sami Age : 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : cataracte

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 de déclarer avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : BERRECHID Le : 10/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*





# RELEVÉ 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
20/11/20		5	2500 HT	Dr. Khalidi Maïmoun DENTISTE Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khayyab Métropole N° 3 Berrechid - Tél.: 0522 21 71 51

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

Optique Le Beau Coin  
E. J. Mouciboudia Bloc (J) N° 70  
Tél.: 06 25 21 25 92  
20/11/20 2800 HT

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

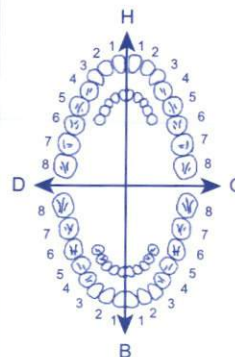
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

## 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 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

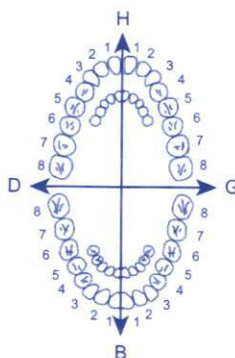
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجحالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر باليزر « بوردو »
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

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 Coin  
E. Moussoukrieta Bnc (J) IV 70  
Tél.: 06 25 21 25 92

Dr. Khalidi Majdouline  
الدكتورة خالدي ماجدولين  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
1er étage N°2 Berrechid - Tél.: 0522 51 79 51

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



# Optique Le Beau Coin



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

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca

**Facture**  
Optique Le Beau Coin  
Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca  
Tél: 05 25 27 25 92

N° 000679

Casablanca le : 30/12/2020

Mr: KERROUM SOWAL

VL:	<u>AR</u>	
OD:	<u>(-0.25 -16°) R</u>	
OG:	<u>(-0.25 -15°) + 0.25</u>	
VP:	<u>1.00 + 2.00</u>	
OD:		
OG:		
1 Monture:	<u>0.25</u>	<u>1000 R</u>
2 Verres:	<u>0.25</u>	<u>1800 R</u>

Optique Le Beau Coin  
Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca  
Tél: 05 25 27 25 92

Total: 27.000 R

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

Optique Le Beau Coin  
Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca  
Tél: 05 25 27 25 92