

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educational :

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.

## Prothésaire :

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



MUPRAS  
RECEPTION 9

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023085

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres *catégorie*

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10575 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : BOUGRIN LAIDI Date de naissance : 17/12/67  
Adresse : LOT ELWAFI 11 N° 33 DENOUA  
Tél. : 06.62.746069 Total des frais engagés : 2400 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2019  
Nom et prénom du malade : BOUGRIN LAIDI Age : 51  
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 : Denoua Le : 03/10/2019  
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
08/09/2019		5	24000	

# 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

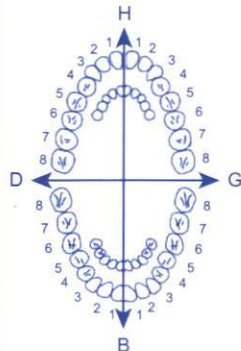
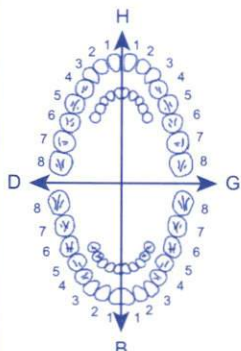
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Opticien - Optométriste	08/09/2019					24000

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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 ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكية - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طببة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طببة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



Berrechid le, .....

01/08/19

Mr/Mme: .....

Moukhebb Hiri

9 lunettes pour vision de loin avec antireflet  
et ante Reflet.

0001 - 1,750 - 4 à 16)

0001 - 1,750 - 4 à 16)

OPTIQUE LE BEAU COIN

Opticien - Optométriste  
Bd. Moudiboukelta bloc J N°70  
GSM: 06.25.27.25.92 - Casa

Khalidi Majdouline  
الدكتورة خالدي ماجدولين  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
N°7 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



RC: 335648  
ICE: 001790060000087

OPTIQUE LE BEAU COIN

Opticien - Optométriste  
Bd. Moudiboukita Bloc J N°70  
GSM: 06.25.27.25.92 - Casa

**FACTURE N° 0009314**

Casablanca, le :

08/09/2019

Mr :

BOUARENE. HIND

VL :

423 - 423

OD :

-1.75 (-4.00 A16)

OG :

-1.75 (-4.00 A10)

VP :

OD :

OG :

Monture :

Plastique

Verres :

ou AL

8.00

16.00

INPE :

INP:001719172

Total :

24.00

Arrêtée La présente Facture à la Somme de :

Deux mille

quatre cent dix

Bd Moudibokita ,Bloc (j) N°70 - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797 - I.F : 50791172