

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.

Biologie 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.

Prothèse 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



N°: 34212

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023888

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02508 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMDANI ABDEL Date de naissance : 04.01.1954
Adresse : 71 Passage GHASSANE LKANA FANIHAY HASSMINA
Tél. : 035626572 Total des frais engagés : 2350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

ASMOUCHE
Docteur en Pharmacie
2, Rue ASSALAM Hay Al Houssayn
BERRECHIO
Tél : 05 22 32 84 04

Date

09/01/2020

Montant de la Facture

150,00

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

24/2/20

2200,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

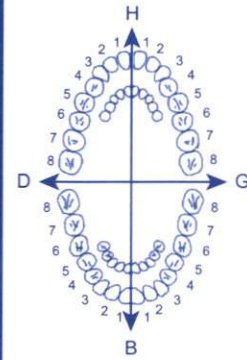
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

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
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

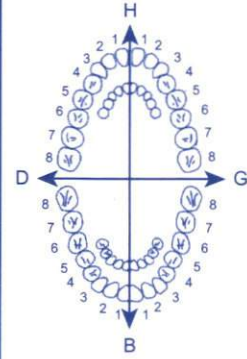
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



061181541

Berrechid le 09 janvier 2020

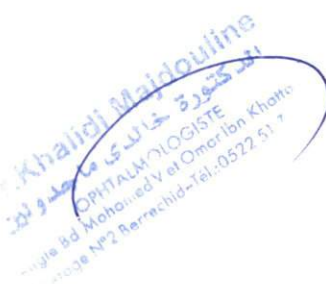
Mr/Mme: Mme KHALILA Jamila

150, ص

HYLOCOMOD: COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour et à la demande, les deux yeux, 6 Mois



FACTURE

Date : 27/02/2020

CLIENT: JAMILA KHAILA

Numéro: 854733

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE CR	1	800.00
VD	KODAK UNIFOCAL ORG AR 1.5	1	300.00
VG	KODAK UNIFOCAL ORG AR 1.5	1	300.00
PRES:			
MONTURE	OPTIQUE AC	1	400.00
VD	UNIFOCAL ORG BL 1.5 DURCI	1	200.00
VG	UNIFOCAL ORG BL 1.5 DURCI	1	200.00
CORRECTION VISUELLE:			
Dr. KHALIDI MAJDOULINE			
LOIN : OD:-2.50(-1.25,20°) OG:-2.25(-0.75,170°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+2.25 OG:+2.25			
Total TTC:			2 200.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			440.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS .TTC.

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid - Tél : 05 22 32 87 19



150.00

2022-01

LOT

294986

PPC:

150DH

KHALIDI

Chirurgie des Yeux

OCT



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجلاطة

- 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

- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



061181541

Berrechid le, 09.janvier.2020

Mr/Mme: Mme KHALIA Jamila

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

VL :

OD = - 2.50 (- 1.25 à 20°)

OG = - 2.25 (- 0.75 à 170°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs
VP :

ODG = Add : + 2.25

Optique Ouhoud
Opticien Optométriste
4, Rue d'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid - Tél : 05 22 32 07 19

M. Khalidi Majdouline
الدكتورة خالدي ماجدولين
OPHTALMOLOGISTE
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab - Kharrat
Tél : 05 22 51 79 51 - E-mail : khalidi.majdouline@hotmail.com

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