

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-528793

*COURRIEL NSA*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03611	Société : RAM (35318)		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BASSIME AHMED			
Date de naissance : 25-11-1962			
Adresse : Désidence AL WAAD, Bld Mous, BERRÉCHID			
Tél. : 0673714452	Total des frais engagés : 2289,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr.Khalidi Majdouline			
الدكتور خالد ماجدولين			
OPTOMÉTROLOGISTE			
Angle Bd Mohamed V et Rue Omer Ibn Khatab			
7 <sup>e</sup> étage - Bld Mous - Berréchid - Tél: 0522 571 51			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Salma 11/07/20			
Age: 40			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Obstruction 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 : Berréchid  
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le 27/07/2020

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-528793
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 03611	
Nom de l'adhérent(e) : BASSIME	
Total des frais engagés : 2289,00	
Date de dépôt : 27/07/2020	

## 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
22/02/20	5	200.872	INP : 111111111111 Dr. Khalidi Majd Chirurgien-Dentiste OPHTHALMOLOGISTE Mohamed V et Omar Ibn Al-Khattab Casablanca - Tel: 0522 5171 51	

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTICO Opticien Opticien Opticien	04/07/2020	89,82

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

# 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 - الميزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالميزر « بوردو »
- طبيبة سابقاً بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



061181541

Berrechid le, ..... 01 juillet 2020 .....

Mr/Mme: ..... **Mr. BASSIME AHMED**



VISIONLUX

1goutte x2/j, les deux yeux, 3 Mois



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

## 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 ماجدolin خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهريّة للمجاللة
  - تخطيط أوّعية الشبكة - الليزر
  - دبلوم العدسات الاصقة « تولوز »
  - دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
  - طبّيّة سابقاً بمستشفى 20 غشت
  - طبّيّة داخلية بمستشفى ابن ابيال، شد بالدار، الصنّاعة



061181541

Berrechid le,..... **01 juillet 2020**.....

Mr/Mme: ..... **Mr. BASSIME AHMED**

Monture + verres correcteurs progressifs  
anti uv Antireflets

VL :

OD = Plan (- 1.50 à 80°)

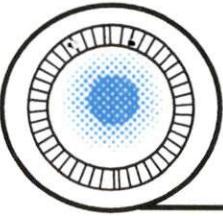
OG = Plan (- 1.00 à 85°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

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

# optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 513120

Berrechid, le

11/07/2020

Client : Mr BASSIME Ahmed

Code	Description	Total
481	Révision des projets	70,-
481	Admy 40/100	70,-
	total	140,-
	Régl	2000,-
	N (-1,00 à 85°) neu	140,-
	O 1,00 à 85° neu	140,-
	OPTIC CONTACT Opticien Khalid ADMY Opticien Optométriste 57 Bis Rue Medina Berrechid N° 0522.32.41.44 I.F. 06.100051 - Pat N 40707188 - CNS.S. 2244797	140,-
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	
	Demande de lunettes TJK	