

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

liologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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 - 8ème 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



54913

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023935

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7.115 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R
Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdallah Date de naissance : 04.08.1955
Adresse : 16. Passage 4. Tisser II BERRECHID
Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 3050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Khalidi Majdouline
Date de consultation : 23/12/2023
Nom et prénom du malade : SIFEDDINE Abdallah Âge :
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 : BERRECHID Le : 10/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Khalidi Majdouline
OPHTALMOLOGISTE
Angle B. Mohamed V et Omar Ibn Khattab
Tél. : 05 22 51 71 11

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
22/12/20		5	250.00	Dr. Khalid M. AL-LOGISTE OPTHALMOLOGISTE Bd Mohamed V et Omar el-Khottat N°2 Berrechid - Tel.: 0522 51 71 71

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

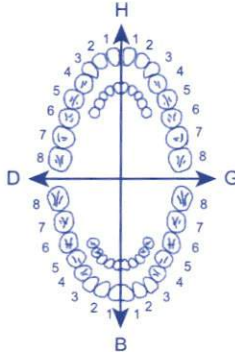
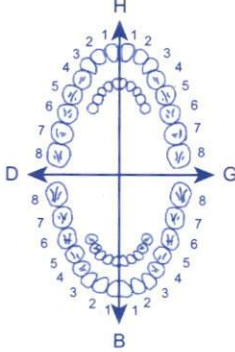
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Le Beau Coin d. Mouctar Benta Bloc (J) N° 70 Tél.: 06 25 21 25 92	30/12/20					28000

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 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, 28. décembre. 2020.

Mr/Mme: **Mr. SIFEDDINE Abdellah**

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

VL :

OD = + 3.00 (- 3.00 à 75°)

OG = + 3.00 (- 2.75 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 3.25

Optique Le Beau Catin
21, Moulebourkiet Bloc (J) N° 70
Casablanca
Tél.: 06 25 27 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



Optique Le Beau Coin
Ed. Moudibokita Bloc (j) N° 70
Casablanca
Tél.: 06 45 21 25 92

Facture

N° 000680

Casablanca le : 30/11/2020

Mr: S. FENINE ABDELAN

VL:	116 mm	
OD:	(-3.00 - 2.50) + 3.00	
OG:	(-2.75 - 2.50) + 3.00	
VP:		
OD:	11.5 + 3.25	
OG:		
Monture:		116 mm
Verres:		116 mm

Total: 28

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

28

Optique Le Beau Coin
Ed. Moudibokita Bloc (j) N° 70
Tél.: 06 45 21 25 92

Optique Le Beau Coin
Ed. Moudibokita Bloc (j) N° 70
Tél.: 06 45 21 25 92