

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **armacie :**

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.

## **cique :**

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

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 Abdellah Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16...Passage 4 Tissu 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

دكتور خالدي ماجدولين

OPHTALMOLOGISTE

Angle Bd Mohamed el Omar Ibn Khattab

1er étage N°2 Berrechid Tel.052517151

Date de consultation : 22/12/13 Age : 60 ans

Nom et prénom du malade : SIFEDDINE Abdellah Dr Khalidi Majdouline

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : OBstruc Dr Khalidi Majdouline

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Angine de poitrine Dr Khalidi Majdouline

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 : 10/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : B. Abdellah

Dr Khalidi Majdouline  
دكتور خالدي ماجدولين  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd Mohamed el Omar Ibn Khattab  
1er étage N°2 Berrechid Tel.052517151

#### **RELEVE 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
22/11/2021	Consultation	5	250.00	Dr.Khalidi M. - Opticien - LOGISTE Ophtalmologique - N°2 Berrechid - Tel.: 0522 51 3252 N°2 Berrechid - Tel.: 0522 51 3252

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

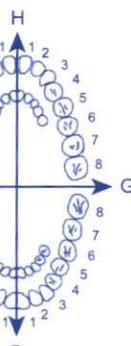
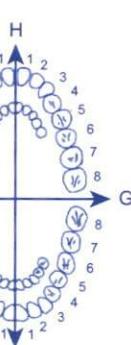
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Le Beau Coin d. Mouchaoueta Bloc (J) N° 70 Tél: 06 25 21 25 92	30/12/20					28000

#### **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 canalaires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهريّة للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طبيبة سابقاً بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- 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 :

$$OD = + 3.00 (- 3.00 \text{ à } 75^\circ)$$

$$OG = + 3.00 (- 2.75 \text{ à } 85^\circ)$$

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

$$ODG = Add : + 3.25$$

Optique Le Beau Coin  
Bd. Moulay Ismaïl Bloc (J) N°70  
Télé: 06 25 27 25 92

Dr.Khalidi Majdouline  
دكتورة خالدي ماجدولين  
OPTHALMOLOGISTE  
Angle Bd Mohammedia V et Omar Ibn Khattab  
1er étage N°22 Berrechid-Tel:052224455

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  
d. Mouhiboukita (j) N°70

Casablanca  
Tél.: 06 25 21 25 92

N° 000680

Casablanca le : 30.11.2020

Mr: SIFELDINE A.BAIZZI

VL:	116.000	
OD:	(-3.00 + 7.5') + 3.00	
OG:	(-2.75 + 8.5') + 3.00	
VP:	100.00 + 3.00	
OD:	100.00 + 3.00	
OG:		
Monture:	10.00 N	
Verres:	18.00	
Total:	28.00	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

P.S. P. 116.000

13.11.2020

Optique Le Beau Coin  
d. Mouhiboukita (j) N°70  
Tél.: 06 25 21 25 92