

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.

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.

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 - 6ème Etage 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

54909

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023933

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7115 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : R

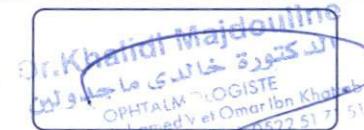
Nom & Prénom : SIFEDDINE ALLALAH Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 4. Tissin I. BERRECHID

Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 2550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/02/2013

Nom et prénom du malade : SIFEDDINE ALLALAH Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Allergie

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 : B.ERRECHID Le : 10/04/2013

Signature de l'adhérent(e) :



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
22/12/2020	5	200.00		<p style="text-align: right;">Khalid Ibn Khattab 325</p> <p style="text-align: right;">OPHTALMOLOGISTE</p> <p style="text-align: right;">Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab</p> <p style="text-align: right;">Sous le N°2 Berrechid - Tél: 0522 51 22 77</p>

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	
<i>Praticien Le Beau C. 08/12/12</i> J. M. J. Bouketa Bloc (J) N° 70 Cas 1 02/25/92						2300

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical axis labeled 'H' points upwards, a horizontal axis labeled 'D' points to the left, and a horizontal axis labeled 'G' points to the right. The teeth are represented by small circles with numbers inside, and the arches are shown as lines connecting the centers of the teeth.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHEZ BIEN PRATICIEN ATTENTANT 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 المجهزة للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات الاصنف « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر بالليزر « بوردو »
- طيبة سابقا بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء
- طيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء



Berrechid le, 28.décembre.2020

Mr/Mme: **Mme SIFEDDINE Yasmine**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs
anti lumière blue Antireflets

OD = - 3.25 (- 0.25 à 95°)

OG = - 3.00 (- 0.25 à 20°)

Optique Le Beau Coin

E. J. Majdouline Bloc (1) N° 70

Cap 10000

Tél.: 06 25 27 25 92

Khalidi Majdouline
دكتورة ماجدولين خالدي
OPHTALMOPRACTICIAN
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab
el etage N°2 Berrechid - tel. 0522 51 7

Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca

Facture

N° 000678

Optique Le Beau Coin
Ed. Moudibokita Bloc (j) N°70
Casablanca le : 30/11/2020

Mr:..... SIFEDDINE YOUSSEF

VL:	112.00	
OD:	(-0.16 +0.05) 3.25	
OG:	(-0.26 +0.20) 3.25	
VP:		
OD:		
OG:		
Monture:	100.00	
Verres:	130.00	
Total:	230.00	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	230.00	