

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
20 SEP. 2022	CS		250 dh	Moud Kharbouch Jouni Ophtalmologiste 54-2 Mars Et Bd. Oods Al Majid Imm. Y.N°1 T: 052 10 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BOULEVARD DOHA Le 2 Lot. Menbia Ain Chok Tel: 05 22 50 15 35	20/09/22	 PHARMACIE BOULEVARD DOHA 80 Bis Rue 21 Int. Menbia Ain Chok Casablanca - Tel: 05 22 50 15 30

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

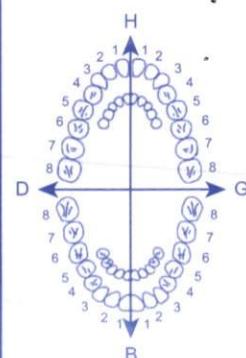
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
actionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 29 13 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHADID El Yamani

135702

Date de naissance :

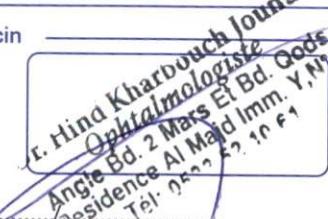
Adresse :

Tél. : 06 03 73 99 93

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HABDOU NAIMA

Age : 27/05/58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 :

Signature de l'adhérent(e) : SHARDA



8

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophthalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amiot Invile
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV: 37 DH 20 61118001200A18

Comprimé effervescent 8x100 mg



LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

20 septembre 2022

Mme HARROU Naima

34,00 x 3

LIPOSIC GEL



1 app x 2 par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

135,00 x 2

EOLE DUAL



1 goutte 3x/jour pendant 3 mois
1 boite, dans les deux yeux

28,60

CHIBROCADRAN COLLYRE

(2 Boîtes)
Dr. Hind Kharbouch Joudy
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Résidence Al Majd Imm. Y.A.
Casablanca - Tel: 0522 50 15 30

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

37,20

FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL



1 app 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 7 jours

40,30

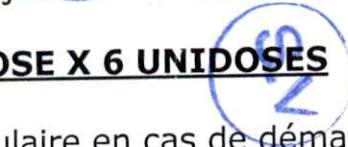
STREPSILS CR



1 cp x 3/ jour

38,20

PHYSIODOSE X 6 UNIDOSES



lavage oculaire en cas de démangeaisons

20,00

FEBREX SACHET



1 sachet x 2/ jour
2 BOITES

14,50 x 3

ANDOL 1 G CP EFFERVESCENTS



1 cp x 3 / jour
3 BOITES

محل الدار البيضاء
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Résidence Al Majd Imm. Y.N°1
Tél: 0522 50 15 30

رقة I ، الرقم 1، عين الشق - الدار البيضاء
Angle Bd. 2 Mars & Bd Al Qods, Resdie
INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 5

LOT: MK495

PPV: 40 DH 30



ZENITH Pharma
PPC : 38,20 DH

16553



401006
2023 10