

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
20 SEP. 2022	CS		250 DH	<i>Hand Kharbouch Jouni</i> Ophtalmologiste App. Bd. 2 Mars El Bd. Oods Assistance Al Majd Imm. Y. N°1 Tél: 05 22 50 10 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>صيدلية شوكع الدوحة</i> PHARMACIE BOULEVARD DOHA 89 Bis Rue 2 Lot. Mendia Ain Chok Casablanca - Tél: 05 22 50 16 20	20/09/22	<i>600</i> PHARMACIE BOULEVARD DOHA 89 Bis Rue 2 Lot. Mendia Ain Chok Casablanca - Tél: 05 22 50 13 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

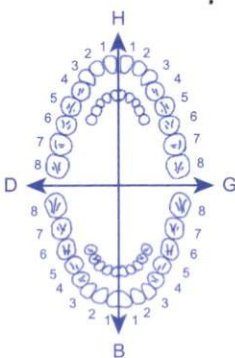
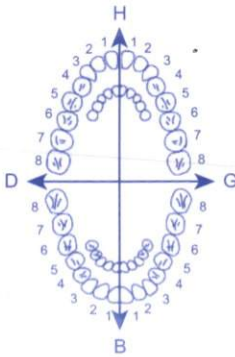
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B 00000000 35533411 </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Allal Ben Abdellah - 6ème 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



Déclaration de Maladie

M22- 0024472

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 29 13 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAD d'Agaman 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 : HARBOU NAIMA Age: 87/8/58

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection subaiguë

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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) : HARBOU

r. Hind Kharbouch Jouma
 Ophthalmologiste
 Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Oud
 Residence Al Mard Imm. Y.M.
 Tél. 0522 52 10 51



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

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 Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fuchthalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV: 37 DH 20

د. هند خربو

ANDOL®
PARACETAMOL
1000
Comprimé effervescent 8x16

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 boîte, dans les deux yeux

28,60

CHIBROCADRAN COLLYRE

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 CP

1 cp x 3/ jour

38,20

PHYSIODOSE X 6 UNIDOSES

lavage oculaire en cas de démangeaisons

20,50

21,00

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

T=

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

Dr. Hind Kharbouch Joundy
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, N°1

صيدلية شارع الدوحة
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
89 Bis Rue 2 Lot. Mehdiia Ain Chok
Casablanca - Tél: 05 22 50 15 30

Dr. Hind Kharbouch Joundy
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, N°1
Tél: 0522 52 10 61

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

LOT : 7715
UT.AV : 03-25
PPV : 20DH00

PPC: 135,00
E01 22
07/2022

PPC: 135,00
E04 21
10/2024

ANDOL®
PARACETAMOL
1000
Comprimé effervescent 8x16

LOT N°:
A ut.av.:
PPV(DH): 14,50

LOT : 7697
UT.AV : 03-25
PPV : 21DH00

ZENITH Pharma
PPC : 38,20 DH



6553

LOT



401006
2023 10