

# 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 : 1909 Société : 12 A. M. (59469)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

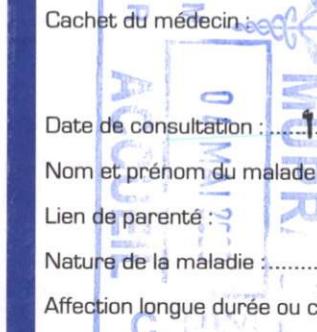
Nom & Prénom : OUTOU BRAHIM

Date de naissance : 01/01/1956

Adresse : 05 portes California résidente du lac

Télé : 0673 178484 Total des frais engagés : 14161,90 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 17 AVR. 2014

Nom et prénom du malade : OUTOU BRAHIM. Age: 67ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection

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.

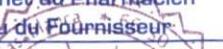
Fait à : Casablanca Le : 14/05/2014

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
17 AVR 2023	CS		250000	J. Rund Klaubuch 2023 Ortalimo 2 Mars 2023 Place A. Naidi Imm. Y.M.C.A.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/05	1511,90 DH

## 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	
Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca OPTOMETRISTE *	23/01/23					113,00

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



# بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 00177430000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F. 0002547

Docteur : Hind Khambouch Joudy  
Mr. : oufoum Brahim

## Nomenclature :

Montures : VL ..... Optique 400, ~  
VP ..... ~

Type de verres : Prescrif  
Glyptique

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : +3,50/100, ~

OG : Axe : 65 Cyl : 0,50 Sph : +3,50/100, ~

## \* VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... ~

OG : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... ~

Add : +2,50 ..... ~

0/6 = 24,50 ~

Total : ..... Yen a mille quatre cent

Date : 03.10.4.1993



Ocularm®Gel  
OSD

Penita Arzneimittel GmbH  
Werksstraße 3  
92551 Stuña  
Germany

Distributeur au Maroc:  
NourPharmed SARL  
7, Av. Imam Ali, N4  
30000 (Fes)  
Maroc

Ocularm®G el OSD

Hyaluronate de sodium 0,50 %

Collyre 10 ml

PPC : 149,90 DH



6 118002 060022



STERILE A

CE 0483





**0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol**

Voie oculaire

PPV:227DH00

**Flacon de 3 ml**

Lot

FAB:

EXP:



**0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol**

Voie oculaire

PPV:227DH00

**Flacon de 3 ml**

Lot

FAB:

EXP:



**0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol**

Voie oculaire

PPV:227DH00

**Flacon de 3 ml**

Lot

FAB:

EXP:



**0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol**

Voie oculaire

PPV:227DH00

**Flacon de 3 ml**

Lot

FAB:

EXP:



**0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol**

Voie oculaire

PPV:227DH00

**Flacon de 3 ml**

Lot

FAB:

EXP:



# **GANFORT®**

**0,3 mg/ml + 5 mg/ml  
collyre en solution  
bimatoprost/timolol**

**Voie oculaire**

PPV:227DH00

**Flacon de 3 ml**

**Lot**

**FAB:**

**EXP:**

## Ordonnance

Casablanca le :

17 avril 2023

Mr OUTLOU BRAHIM

227,00 x 6 = 1362,00

GANFORT1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR A 21 H, dans les deux yeux,  
pendant 3 Mois

6 BOITES

149,90 x 1

OCULARM GEL COLLYRE

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

*Dr. Hind Kharbouch Joudy  
Ophthalmologist  
Ans. & Bd. 2 Mars Et Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. 10<sup>th</sup> fl.  
Tél. 091165993 - Fax: 0522 52 10 61  
E-mail: dr\_kharbouch@hotmail.com*

## Ordonnance

Casablanca le : 17 avril 2023

Mr OUTLOU BRAHIM

## Monture + verres correcteurs progressifs Organiques, Antireflets AMINCIES

VL : OD = + 3.50

$$OG = +3.25 \text{ (-0.50 à 65°)}$$

VP : ODG = Add : + 2.50



Dr. Hind Kharbouch Joudi,  
Ophtalmologiste  
Anc. n°3d, 2 Mars El Bd. 005  
Residence Al Majid Imm. V. 11  
Tél. 0521 50 10 11