

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.

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.

Déclaration de 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.



32551

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024695

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1909 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

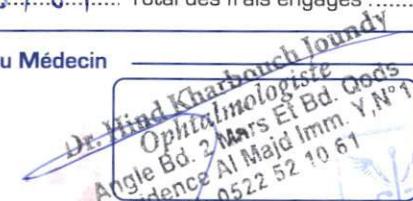
Nom & Prénom : OULOU BRAHIM Date de naissance : le 21/01/56

Adresse : OP. JOLIES CALIFORNIE IML 8 APP 10 CASA

Tél. : 06.73.17.84.84 Total des frais engagés : 1824.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : OULOU BRAHIM Age: 64 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjointe

Enfant

Nature de la maladie :

Algorithme de cholestérol

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 : 24/08/20

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
29 JUIN 2020	G		250.0H	
30				
				Dr Kharbouch Joundy Oculiste et ophtalmologue Mars Et Bd. Gods Taj Imm. Y.N°1 10 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/20	1574.40 092058908

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Ordonnance

Casablanca le : 29 juin 2020

Mr. OUTLOU BRAHIM

234100 X 6 = 1404100

GANFORT1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR A 21 H, dans les deux yeux,
pendant 6 Mois

6 boites

147100

THEALOSE

1 goutte 3 x/j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

23,40

OPTIPRED

1 goutte x 2/j 6 jours les 2 yeux, dans les deux yeux



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

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة I ، الرقم 1 . عن الشق - الدار البيضاء

Angle Bd. 2 Mars & Bd Al Qods, Resdience Al Majd Imm I - N°1, Ain Chock - Casablanca

INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr_kharbouch@hotmail.com

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Colyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 234DH00

Medicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Colyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Medicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Colyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Medicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Colyre en solution Flacon de 3ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV:234DH00

Medicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml

Colyre en solution

Flacon de 3 ml

6118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 234 DH 00

Medicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

PPV : 23 DH 40



118001 040643

• Théa

10 ml

Sans conservateur

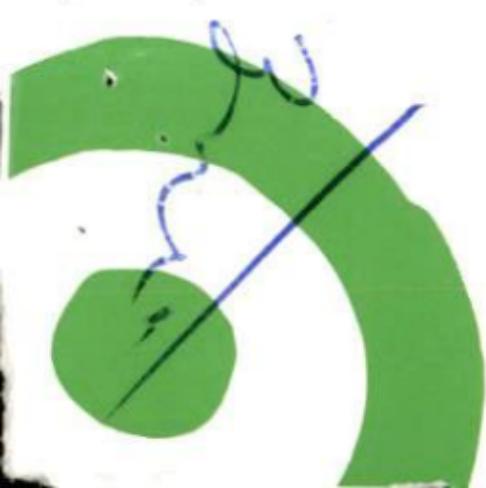
PPC : 147.00 DH

Théalo^{se}

Tréhalose 3 %

Hyaluronate de sodium
0,15 %

Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire



Année : 1909



valable 3 mois

Le 29/06/20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(A envoyer au préalable à l'adresse du médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné

Dr. Hind Kharroubi
Infirmière
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
Residence Al Majid Imm. Y...
Tel: 0522 210 61

Certifie que Mlle, Mme, M. :

OUTOU BHILA

Présente

Glaucome

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

anti-glaucomateux

(à défaut noter le traitement prescrit)

Yohandoeck

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca