

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.

Diagnostique 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

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

N° P19- 052332

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01042 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Bushum

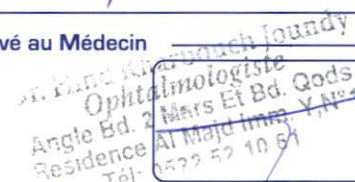
Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : Habituelle

Tél. : 0689629854 Total des frais engagés : 350,00 + 3.000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 JUL 2020

Nom et prénom du malade : ZARRIT FATIMA Age : 70

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

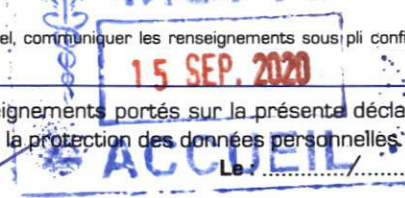
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 15 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : / /



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
07 JUL. 2020	G + F		350 DH	<p>Dr. Hind Kharbouch Joudi Ophthalmologiste Angle Bd. 2 Mars El Bd. Qod. Résidence Al Majd Imm. Y.N. Tél: 091165993</p> <p>INPE</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
<p>Opticien Optométriste OPTIQUE MOUSSAOUI Bd. E. Bloc 100 N° 7 Hay Mohammadi - Casablanca Tél: 0522 60 34 39 - GSM : 0669 00 97 5</p>	04/09/2020					3000 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553															
B																
				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

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact



Cabinet

Ophtalmologie

د. هند خربوش جندى

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللاز

الحوال - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : 07 juillet 2020

Mme ZARRIT FATIMA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques, Antireflets

VL : OD = + 1.75 (- 1.25 à 104°)

OG = + 2.00 (- 1.50 à 73°)

VP : ODG = Add : + 2.25

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

Opticien Optométriste
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, N°1
Tél : 0522 52 10 61

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

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

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

Bâtiment 106, N° 7
 Hay Mohammadi - Casablanca
 Tél: 0522 60 34 39 - GSM : 0669 00 97 81

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact



د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللازر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : **07 juillet 2020**

Facture N°: FC20070005

- Mme ZARRIT FATIMA
- C2: consultation spécialisée = 250 Dh
- +
- K10:
 - Tonométrie +Gonioscopie + pachymétrie +
 - Examen de la périphérie rétinienne :
 - 100 dh

Reçu en espèces la somme de trois cent cinquante dirhams.

DR JOUNDY

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

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة I ، الرقم 1، عين 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