

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## 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.

## entaire :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375

Société :

RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RABAOUA

MUSTA Phs

Date de naissance :

1933

Adresse :

Hay ENNOUR, rue 5 N° 11 CASABLANCA

Tél. : 06 69 89 01 55

Total des frais engagés :

3350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : EZZAY Touni SAADIA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie 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 : CASABLANCA

28 JUIN 2021

Le : 24/06/2021

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
02 JUIN 2021	S + F		250 DH	
			100 DA	
				Dr. Hind Kabbouch Jendoubi Optommandologiste Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Imm. Résidence Al Madina Imm. Tunis - 1007
				091165993

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

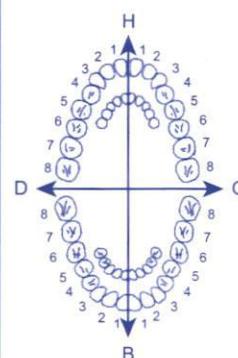
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
REPUBLIQUE ALGERIENNE Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca OPTOMETRISTE	03/06/2021	1	1	1	1	3000 DA

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX															
																			
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>																			
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D		00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553
H	25533412	21433552																	
D		00000000	00000000																
D		00000000	00000000																
B		35533411	11433553																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																			
<b>DATE DU DEVIS</b>																			
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																			

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 Ophthalmologie

د. هند خربوش جندي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الخلاة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر النظر بالبلزز

تصوير أوعية الشبكة واللازر

الخلو - الضغط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

02 juin 2021

Casablanca le : -----

Mme EZZAYTOUNI SAADIA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques, Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 1.75 à 88°)

OG = + 0.50 (- 0.75 à 67°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.25

Dr. Hind Kharbouch Joudy  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. Y N°1  
Ain Chock Casablanca



زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عماره ٢ ، رقم ١ ، عين الشق - الدار البيضاء

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

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

# AL HORRIA OP

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



# بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Nº 009414

Docteur : Hind Kharbach Taoudy  
 Mr. : Ezzayouni SMADia

## Nomenclature :

Montures :	VL .....	Optique	600 ,	w
	VP .....	Optique	600 ,	w
Type de verres :	.....	Dépoli	.....	.....
	.....	Dynamique	.....	.....

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : 88° Cyl : -1,75 Sph : +0,75 500 , w  
 OG: Axe : 67° Cyl : -0,75 Sph : +0,70 500 , w

## \* VISION DE PRES :

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

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



Add : +2,25 800 , w  
 = 30000w

Total : ..... mille Jhs

Date: 08 / 06 / 81