

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothésaire :

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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1909

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OULOU BRAHIM

Date de naissance : 01/01/56

Adresse : OP Jardins California résidence du lac

Imm 8 Apt n°10 Ain chock casa

Tél. : 06 73 17 84 84 Total des frais engagés 4635,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Jr. Haid Kharbouch Jound  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qod:  
Résidence Al Maja Imm. Y.M  
Tél. 0522 22 78 18

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : OULOU BRAHIM

Age: 65ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Algétrie, claudication

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 : 31/08/2021

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-AOUT-2021	6		250,00	

**INPE**  
**091165993**  
Touch Jounry  
register  
Ad. Qods  
Y.N°1

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MELUKKIN 2, RUE 30 - Mandarona Aïn G. 0322 21 39 7 - 66	02/08/21	1035,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	10/06/95	10	100	100	100	3300,00

A circular logo for 'OPTIQUE ET OPTOMETRIE OPTICIEN'. The outer ring contains the words 'OPTIQUE ET OPTOMETRIE' at the top and 'OPTICIEN' at the bottom. The inner circle contains the text 'Bd Kods Inara II', 'N°23 Ain Chock', and 'Casablanca' arranged in a circle. The logo is blue and white.

## 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
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D coordinate system with three axes: H (vertical), D (horizontal), and B (depth). The axes are labeled with numbers 1 through 8 at various points along their lengths. The H-axis has labels 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The D-axis has labels 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The B-axis has labels 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

[Création, remont, adjonction] nctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

<b>OD.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p style="text-align: center;"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>D</b>      <b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>	<b>G</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b> <b>G</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
<b>H</b>	<b>G</b>															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<b>D</b> <b>G</b>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>B</b>																

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophthalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet

Ophthalmologie

د. هند خربوش جندي

متخصصة في أمراض وجراحة العيون

جراحة العدالة بالأمواج فوق الصوتية

مغناطيس قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللازر

القول - التقط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

Casablanca le : ..... 02 août 2021

Mr. OUTLOU BRA

234,5x4

GANFORT

1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR A 21 H  
pendant 3 Mois  
4 boites

OCULARM PAN COLLYRE

1 goutte x 3/ jour pendant 6 mois, c

149,90

2085,90

Dr. Hind Kharbouch J.  
Ophthalmologist  
Angle Bd. 2 Mars Et Bd.  
Residence Al Majd Imm Y  
Tél: 0522 52 10 61

Dr.  
PHAR  
60, Rue  
Tél: 0522

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution Flacon de 3 ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 234 DH 00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

ALLERGAN

Allergan Pharmaceuticals Ireland  
Castletar Road, Westport  
Co. Mayo, Irlande

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution Flacon de 3 ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 234 DH 00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

ALLERGAN

Allergan Pharmaceuticals Ireland  
Castletar Road, Westport  
Co. Mayo, Irlande

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution Flacon de 3 ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 234 DH 00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

ALLERGAN

Allergan Pharmaceuticals Ireland  
Castletar Road, Westport  
Co. Mayo, Irlande

GANFORT® 0.3mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution Flacon de 3 ml

6 118001 251391

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 234 DH 00

Médicament autorisé N°333 DMP/21/NRQ

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

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

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

**valable 3 mois**

N° : 1909

Le 02/08/2021

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné *jt. Hind Rihani* *Optical motor* *Angie Bd. 2 Mars Et Bd. 100*  
*Angle Bd. 2 Mars Et Bd. 100* *Al Maad Imm. Y.N*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *OUTOU BRAHIM*

Présente *Glaucome / 8a sec*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*A vie.*

Dont ci-joint ordonnance : *Antiglaucomatous / Iarmes artificielles*

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr Hind KHBARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophthalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet  
**Ophthalmologie**

د. هند خربوش جندي

متخصصة في أمراض وجراحة العيون

جراحة الملاحة بالأمواج فوق الصوتية

矯正视力

تصویر اوعية الشبكة واللaser

الكلل - الشفط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

Casablanca le : ..... 02 août 2021

Mr. OUTLOU BRAHIM

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques, Antireflets Amincis

VL : OD = + 3.50



OG = + 3.25 (- 0.25 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.25

Dr. Hind Kharbouch Joudy  
Ophthalmologist  
Angle Bd. 2 Mars & Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. Y-N°1  
Tél: 0522 52 10 61

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

Angle Bd. 2 Mars & Bd Al Qods, Residence 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

N° 005335

Docteur : Hind Klambach Jandy

Mr. : Outay Boulahim

## Nomenclature :

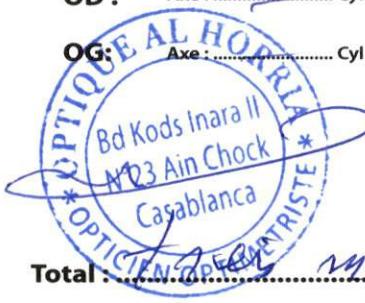
Montures :	VL	VL	SW	-
	VP			
Type de verres :		Dyn. amorphe		
		progressifs		

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : +3,50 1950,  
 OG: Axe : 25 Cyl : 0,25 Sph : +3,25 1950,

## \* VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....  
 OG: Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....  
 Add : +8,00  
 0,00 = 3300, -



Total : mille trois cent 500

Date : 10/08/91