

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-640631

111592



### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricle :

7297

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Société :

OUADI ABDELKEBIR

Date de naissance :

17 - 03 - 67

Adresse :

FOREST PARK N18 VILLE VERTE

Tél. :

0661335681 Total des frais engagés : Dhs

### Optique

### Autres

RAM

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hind Kharbouch Joundy  
Ophthalmologiste  
Residence Al Majid Imm. Y.N.  
Tél: 0522 52 13 61

Date de consultation :

11 AVR

Nom et prénom du malade :

OUADI AbdelKEBIR

Age : 55ans

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 : 11/04/12

Le : 11/04/12

Signature de l'adhérent(e) :

OUADI



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient   | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes |
|-----------------|-------------------|---|---------------------------------|--|
| 11 AVR. 2022    | CS                | Dr. Huda Kharbouch <i>Journaux</i><br>Ophtalmologue<br>Angie Bd 2 Mars Et Bd 005<br>Residence Al Majlis<br>Tél: 0522 22 12 11 | IN 091165993                    |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 11/04/22 | 528,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

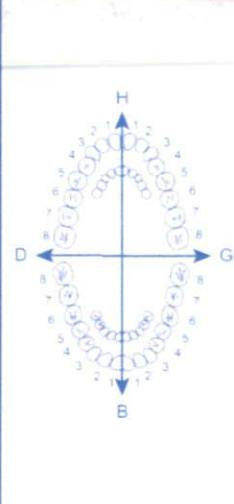
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## VOLET ADHERENT

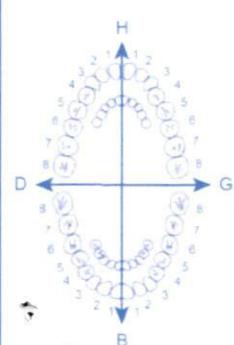
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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 جندى

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة المغالة بالأمواج فوق الصوتية

معاجل قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللازر

المول - الضغط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

Casablanca le : **11 avril 2022**

**Mr. OUADI Abdelkebir**

127,0 13



**XALATAN: collyre**

1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant

Mois

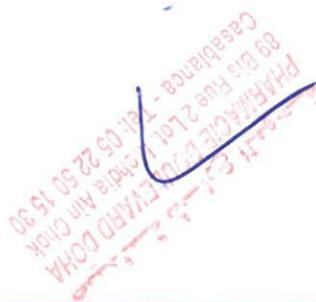
147,0



**THEALOSE**

1 goutte 2 x/j pendant 3 mois les 2 yeux  
1 boite, dans les deux yeux

T = 522,0



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

VR2762CLOMAR/0919



3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
V.P. : 147,00 DH

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة 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