

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 canaux, 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 canaux.

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

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

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° W21-681916

120284

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 044444 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JABER Abderrahim

Date de naissance : 30-12-1960

Adresse : Inara 1 Rue 13 N° 31 Casablanca

Tél. : 0661946601 Total des frais engagés : 552,40 DH Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hind Kharbouch Joudi
Ophtalmologiste
Angle Bd 2 Mars Et Bd. Gds
Résidence Al Majd Imm. Y, N° 1
Tél : 05 22 22 10 61

Date de consultation : 10 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : JABER Abderrahim Age : 61 ans

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 : Casablanca Le : 10/06/22

Signature de l'adhérent(e) : 10/06/22

[Signature]

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
10 JUIN 2022	S + fo		250 dh 100 DH	<div style="text-align: right;"> INP 091163993 </div> <div style="text-align: right;"> 1 Khirbouch Jouda Chirurgien 101 El Bd. Ouds 101 El Imm. Y, N°1 101 El Imm. Y, N°1 </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacieur PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Marrakech Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76	Date 10/6/22
	Médicament de la Facture 207,10

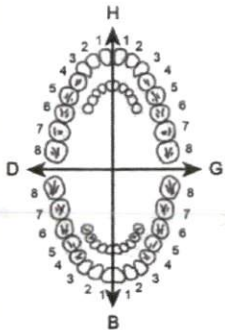
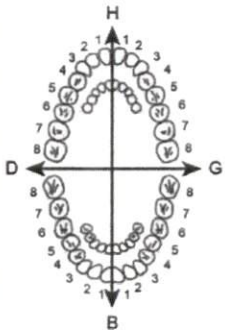
[illegible][illegible]

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Euro medic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

أوبتيبرد®
Optipred®

Lot: YD0032
Fab: 03 21
Exp: 03 23
PPV: 23 DH 40

binet
Optalmologie

د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواف فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكية واللاز

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le :10 juin 2022.....

Mr. JABER ABDERRAHIM

179,00

OPTIVE FUSION



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

23,40

OPTIPRED



1 goutte x 2/j 6 jours les 2 yeux

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tél: 05 22 21 09 76

202,40

Dr. Hind Kharbouch Joudy
Optalmologiste
Angle Bd. 2 Mars & Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, N°1
Tél: 05 22 52 10 61

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

Cabinet
Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

د. هند خربوش جندى

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكية واللازر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le :10.juin.2022.....

Facture N°: FC22060002

- Mr. JABER ABDERRAHIM
- 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 KHARBOUCH

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

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