

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.



Déclaration de Maladie

M23-011329

168848

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 066A

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL LOUIZ

MILONDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



14 JUIN 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL LOUIZ MILONDA, Age: 63ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection diabète

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

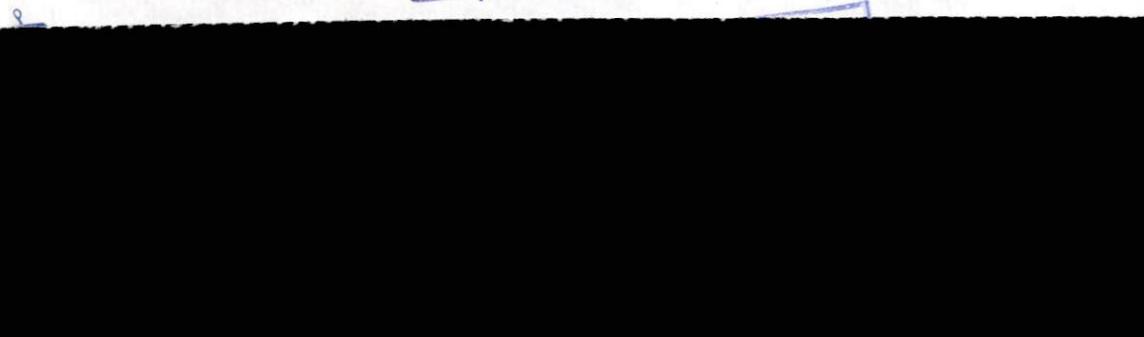
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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 Relevé des Actes
1 JUIN 2023	Cs + Kp		280 DH 400 DH	Dr. H. K. J. J. B. A. M. 10/06/2023 Residence Al Madina Télé: 0522 245511

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSINE MOUSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Inara Casablanca Tel. 05 22 24 09 76	14/6/23	222,50

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	35533411	11433553	
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind KHBARBOUCH

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet
Ophthalmologie

د. هند خربوش

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة العجلات بالأمراض فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللазر

الجول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : 14 juin 2023

Mme EL OUIZ MILOUDA

36/50
CHIBROXINE

(S)



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

104.00
PHYLARM

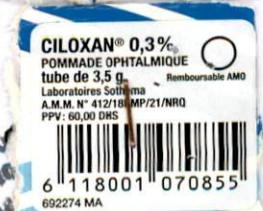
(S)



SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & :
dans les deux yeux

60/100
CILOXAN : pde

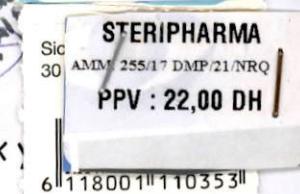
(S)



1 application jour, le soir au coucher, dans les 8 jours

22/100
SICCAPROTECT : COLLYRE

(S)
Siccaprotect
Collyre
Ang 255/17 DMP/21/NRQ
Residence Al Majd Imm I



1 goutte 3 fois par jour pendant 1 mois les deux

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة I ، الرقم 1 ، عين الشق - الدار البيضاء
Angle Bd, 2 Mars & Bd Al Qods, Resdence Al Majd Imm I - N°1, Ain Chock - Casablanca
INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr_kharbouch@hotmail.com

Ordonnance

10/07/2023

Casablanca le :

Facture N° : FC23070001

Mme EL OUIZ MILOUDA

- C2: consultation spécialisée = 250 Dh
- +
- K10:
 - o Tonométrie +Gonioscopie + pachymétrie +
 - o Examen de la périphérie rétinienne :
 - o ablation des cils trichiasiques bilatéral :
 - o 400 dh

Reçu en espèces la somme de six cent cinquante dirhams.

DR KHARBOUCH

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