

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

- Réclamation : 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.

Nº M21- 048964

1800LL

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 085701 Société : 85701

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BÉRHIL FATNA

Date de naissance : 29/4/1

Adresse : 5 Rue 26 N° 70 Hay Hassar Casablanca

.....05 22 90 83 87

Tél. : 0661 8988 Total des frais engagés : 1838,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 OCT 2023

Nom et prénom du malade : BÉRHIL FATNA Age :

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 : 12 OCT 2023 Le : 1/1/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de l'opération
Pharmacie des Papes	12/10/23	T = 88,30 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
23/10/23	Perf. 400	Perf. 400	41500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

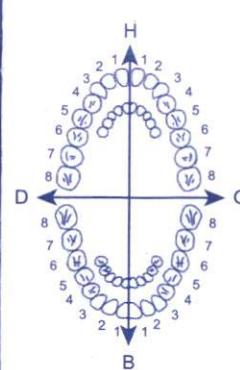
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
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 TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

dangereuse pour vous.

- Suivre strictement la prescription de votre médecin, le mode d'emploi, et les instructions du pharmacien qui a vendu le médicament.
- Le médecin et le pharmacien connaissent parfaitement les avantages et les risques de ce médicament.
- N'arrêter pas la période du traitement prescrite par vous même.
- Ne reprenez pas le même médicament sans l'avis de
- Ne pas laisser à la portée ou à la vue des enfants.

Conseil des Ministres Arabes de la Sa



Icomb® est un produit de qua

P.O. Box 6267 Jeddah



82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca - Maroc

S. Bachouchi - Pharmacist Responsable

12500800-Rev. 03S/16-12-18

une irritation oculaire. Retirer les lentilles de contact avant l'instillation du collyre et attendre avant de les remettre. Le chlorure de benzalkonium est connu pour colorer les lentilles de contact.

CONTRE-INDICATIONS:

Hypersensibilité à l'un des constituants. Kéратite épithéliale herpétique, vaccin, varicelle et plus virales de la cornée et de la conjonctive. Infections bactériennes de l'œil. Infections fongiques chirurgicale d'un corps étranger cornéen et glaucome.

EFFETS INDESIRABLES:

L'utilisation prolongée de corticostéroïdes topiques peut entraîner un glaucome, affectant le nerf optique, et causant une altération à la vision. Si Icomb® est administré pendant plus de 10 jours, la pression oculaire doit être surveillée

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

رقم النافعة

LOT/ FAB/ EXP/

تاريخ الإنتاج تاريخ الانتهاء

H9590

03-2023

08-2024

66671



PPV : 58,00 DHS



Dr Hind KHBARBOUCH

Spécialiste en Ophthalmologie

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 الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللازر

الحول - الضفت - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : 12 octobre 2023

Mme BERHIL Fatna

(8100)

INDOCOLLYRE



1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15 jours

3030

ICOMB: COLLYRE



1 goutte x 3/j pdt 6 jours, dans l'œil gauche

T = 88,30

36, Rue Jules Gob, Oasis - Casablanca
Télé: 0522256983
Pharmacie des Papillons

Dr. Hind Kharbouch Joudy
Ophthalmologiste
An 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, N°

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

Casablanca le : 12 Oct 2023Patient : BERHIL FATNA

Date : Heure : Clinique :

Nature de l'affection : Cataracte secondaire

Acte :

	OD	OG
Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laser YAG	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> à dilater
OCT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angiographie rétinienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Topographie cornéenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microscopie spéifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pachymetrie	<input type="checkbox"/>	
Échographie oculaire	<input type="checkbox"/>	

Dr. Hind Kharbouch
 Clinique Oculaire
 Ain El 3 Mars & Bd Al Qods
 Residence Al Majd Imm. V. N°1
 Tel: 0522 52 10 61
 757575757575
 Casablanca
 Tel: 0522 25 71 71
 Fax: 0522 25 11 15



Casablanca le : 23/11/2023

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... Ben Hafid Fatma

La somme de : MILLE CINQ CENT
DIRHAMS

1500.00 Dhs

FC 600

HM 900

Pour : LASEER YAG

Dr. Inès Kitarbouchi Jeunay
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Oods
résidence Al Majid n° 52 Té: 61
Tél: 0522.25.71.71

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15

Cachet et signature

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057