

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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-423261

ND: 38868

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19232 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SALAH MOUNTASSAR
 Date de naissance : 12/01/1963
 Adresse : HAY EL HATIRA 2 RUE 3 ET 12 NR 13A
 CHOK CASA
 Tél. : 431, 4 Total des frais engagés : 0661256389 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 JUL 2020
 Nom et prénom du malade : MOUNTASSAR SALAH Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 III 2020

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 : 01/07/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01 JUL. 2020	G + F		250 DH 100 DH	INP : [] INPE 091165993

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/2020	81,40

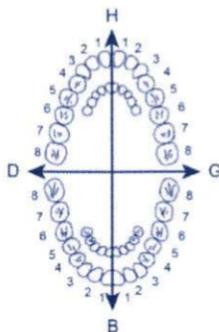
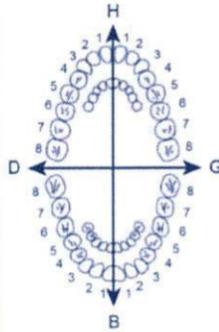
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			
	[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

Spécialité : 118001 040643
Chirurgie
Chirurgie - 12501223-01
Strabisme -
Lentilles de contact

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
PPV 58 00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRODNM

LOT/عيار: H5127
FAB/تاريخ الإنتاج: 09-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 02-2021

omologie

د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواف فوق الصوتية
معالجة قصر البصر بالليزر
تصوير أوعية الشبكية واللازر
الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

01 juillet 2020

Mr. MOUNTASSAR Salah

INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

OPTIPRED

1 goutte x 2/j 6 jours les 2 yeux

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV AL QODS
AIN CHOCK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

Dr. Hind Kharbouch Joundy
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y.N°1
Tél. 091 165 993

Dr Hind KHARBOUCH JOUNDY

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco
Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser
Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet
Ophtalmologie

د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية
معالجة قصر البصر بالليزر
تصوير أوعية الشبكية واللاذر
الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : **13 juillet 2020**

Facture N°: FC20070006

- Mr. MOUNTASSAR Salah
- 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 JOUNDY

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

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