

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ctique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

adie 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

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

ND: 37 439

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016616

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1028** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BERHIL SERDOUNI** Date de naissance :

Adresse :

Tél. **0661 5264 09** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Hind Kharbouch Joudy
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. 2000
Residence Al Majid Imrn. Y, N° 1
Tél. 0522 57 49 63**

Date de consultation : **18 AOUT 2020**

Nom et prénom du malade : **BERHIL HALIMA** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Agitation et maladie**

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Paiement des Actes
18 AOUT 2020	C+P		250 DH 100 DH	INPE 091165993 Kharbouch Joudy Endocrinologue Bd. Qocid N° ^e

091165993

091165993

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/08/2020	147,00 dh

INPE
091165993

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
		A M	P C	I M	I V	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

réation, remont, adjonction)

A diagram showing a 7x7 grid of circles. The circles are numbered 1 through 9. Circle 1 is at the top center. Circle 2 is at the top left and top right. Circle 3 is at the second column from the left. Circle 4 is at the third column from the left. Circle 5 is at the fourth column from the left. Circle 6 is at the fifth column from the left. Circle 7 is at the sixth column from the left. Circle 8 is at the seventh column from the left. Circle 9 is at the bottom center. Circle 1 is also at the top center. Circle 2 is at the top left and top right. Circle 3 is at the second column from the left. Circle 4 is at the third column from the left. Circle 5 is at the fourth column from the left. Circle 6 is at the fifth column from the left. Circle 7 is at the sixth column from the left. Circle 8 is at the seventh column from the left. Circle 9 is at the bottom center. The letter 'D' is at the bottom left, 'G' is at the bottom right, and 'H' is at the top center.

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

د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الملاحة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللازر

الخلو - الضفط - العدسات الاصنفية

PPC : 147.00 DH



Ordonnance

18 août 2020

Casablanca le :

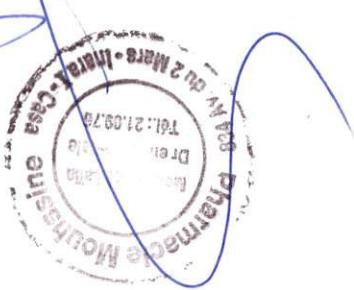
Mme BERHIL Halima

THEALOSE

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



H. Hind Kharbouch Joundy
Ophtalmologiste
Bd. 2 Mars & Bd. Qods
Résidence Al Majd Imm. Y - N°1
Ain Chock - Casablanca



زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة ٧ ، الرقّم 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