

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-594804

(B2123)

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 8326	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : DRIOUECH SELMA		
Date de naissance : 19/10/65		
Adresse : 47 RUE IMAM MOUSLM OASIS casa		
Tél. : 0667336306	Total des frais engagés : ..... Dhs	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 10/11/2022		
Nom et prénom du malade : DRIOUECH SELMA Age: .....		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : ALZHEIMER + Cholangio.....		
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 : 02 Nov. 2022

Signature de l'adhérent(e) : 

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Créditif/Deficit	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2017 11/10/2017	Ca		30000	INP : 091018021 Casablanca 0651 32 91 66

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 9 Rue des Bouviers Casablanca Tél: 022 99 64 10	02.11.22	176,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DR. M. G. B.	2011-07-20					

## **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	INP : <input type="text"/>																				
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																				
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																				
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		G		<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H																								
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
<hr/>																								
D																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
<hr/>																								
B																								
G																								
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																				
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																				
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																				

# Docteur Youssef BELAHMER

## OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف يلحرم  
طب العيون

**Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux**  
**CATARACTE : Chiurgie par PHACOMULSIFICATION**  
**MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER**  
**LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE**

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2<sup>e</sup> Etage  
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66  
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

E-mail : dr.belanmer@gmail.com

## Sur Rendez-vous

العنوان وحراحة أمراض في اختصاصي

جراحة الجلالة بالفاكتور، الأشعة فوق الصوتية،

جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك.

**طب الحول، عدسة الاتصال، الليزر، راديوا الشبكة**

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدى معروف - أولاد حدو - الطابق الثاني - الدار البيضاء

الهاتف: 0661.32.90.66 - الحالات المتعجلة: 0700.756.754 / 0522.58.30.73

لبرید الالكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بِالْمُوْعَد

لدار البيضاء في ..... Casablanca, le : ..... 2021

**PHARMACIE AÏD AL DABI**  
9,Rue des Bouvreuils Oasis  
Casablanca  
Tél: 0522 99 64 10

02 NOV. 2022

DRIOUÏ CH

SOLUA

65,00

Nigamut

S.V

22,60

flucus

S.V

~~52,00~~ 37,00

BEWDSY

S.V

Fucus kelp  
Sep 2000 2 cp x 1/2 ft

S.V

6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

Fabricué par  
ALCON CUSI S.A.  
Barcelone

6 118001 072323

Vigamox® 5 mg/ml  
Collyre en solution, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
AMM N° 562/18 DMP/21/INTO  
PPV : 65,00 DHS

Non remboursable AMO  
© 2016 Novartis 449781 MA

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quarier Al-Salam-Rue Amot Inville  
BP 10877 ASABLANCA-MAROC

Fuchimicin® 5% gel ophtalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NRQ

PPV : 37 DH 20

6 118001 200818

à une température ambiante

et l'application devant le soin.

avis ouvert, jeter toute la solution inutilisée après

utilisation.

STERILE A

PPC 52,00 DH

[EC | REP]

Koninklijke Indopharm B.V.  
Lager Voorhout 37,  
2514 EC Den Haag, Netherlands.

Entof Research Cell UK Ltd  
16 Tottenham Lane, London N8 9DZ, UK.  
Email: scientific@entopharm.com  
Website: opthalmicus.com

i See Package insert  
for more information.

[GB] [FR] [AR]



0068