

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009046

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10090 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SIFAT SAID

Date de naissance : 04/12/1958

Adresse :

Tél. : 06 61 74 94 81 Total des frais engagés : 769,80 + 7700 + 300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 AOÛT 2023

Nom et prénom du malade : MANOUCHE MINA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucome + A de l'oeil

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) : / 06 SEP 2023

RELEVÉ 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
22 AOÛT 2023	C9		2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAYESSADIA Essadja 1, N° 22-91-2278 Casablanca Tél: 05 22 91 2278	21/8/23	769,80

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	
M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue Aguilante Casa Inpe: 065032633 - RC: 508275	4/9/23					1700

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OPTIC

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° :

N° 011069

Casablanca, le: 04/09/2023

Mme / Mr : MANOUN Mina

Dr : BELAMMER Youssef

VL

OD : +4,25 (-1,25 à 110°)

OG : +4,00 (-1,00 à 45°)

Monture

$V_L = 400$

$V_p = 400$

DH

VP-Add

OD : + 2,500

OG : + 2,50

Verres

$V_L = 500$

$V_p = 400$

DH

Total à payer: 1700 **DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille sept
cent dinhans

MAD OPTIC
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa
Tél : 065032633 - RC 50824

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36

Capital 100.000 - Patente: 3502703 - IF: 47232711 - RC: 6123

ICE: 00264259000069

Docteur Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

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

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 26 Etage
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاكو، الأشعة فوق الصوتية،
جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمر واللازيك،
طب الحول، عدسة الإتصال، الليزر، راديو الشبكة
136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدي معروف - أولاد حدو - الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0661.32.90.66 - 0700.756.754 / 0522.58.30.73
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

Casablanca, le : في الدار البيضاء

02 AOUT 2023

ANOUN AINA

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
603 Rue Moukhtar Casa
Tél: 0522 58 30 73 - RC 50875

1. H. Ula.

OD: +4, 25 (- 1, 25 à 1.0)

OC: +4 (- 1 à 4.5°)

2. H. Ula.
OD: +2, 50 (Add 1)
2 paires séparées

Dr. Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE
136, Im. Faraj N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 26 Etage - Casa
Tél: 0522 58 30 73 - 0700 756 754 - RC 50875

Docteur Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

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

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاكو، الأشعة فوق الصوتية،
جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمر واللازيك،
طب الجحول، عدسة الإتصال، الليزر، راديو الشبكة

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 26 Etage
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

136 إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدي معروف - أولاد حدو - الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0661.32.90.66 / 0700.756.754 / 0522.58.30.73
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

بالموعِد

Casablanca, le : 02 AOÛT 2023 : الدار البيضاء في :

Atoun AINT

98,80x6
⑤ Diophtol LP 0,5%
84
204

52,10
⑤ 104 de 6 mm

769,80
⑤ 104 de 6 mm
3/4
PHARMACIE HAYESSADA
Essada 1, N°262 - S. Maârouf
Tél: 05 22 97 22 70 Casablanca

TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml
PPV: 98, 80 DH
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml
PPV: 98, 80 DH
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml
PPV: 98, 80 DH
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml
PPV: 98, 80 DH
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml
PPV: 98, 80 DH
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml
PPV: 98, 80 DH
Distribué par SOTHEMA
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

PPC 125,00 DH

5 ml

STERILE

PPC 52,00 DH

EC REP

Kunze Indopharm B.V.
Lange Voorhout 37,
2514 EC Den Haag, Netherlands