

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.

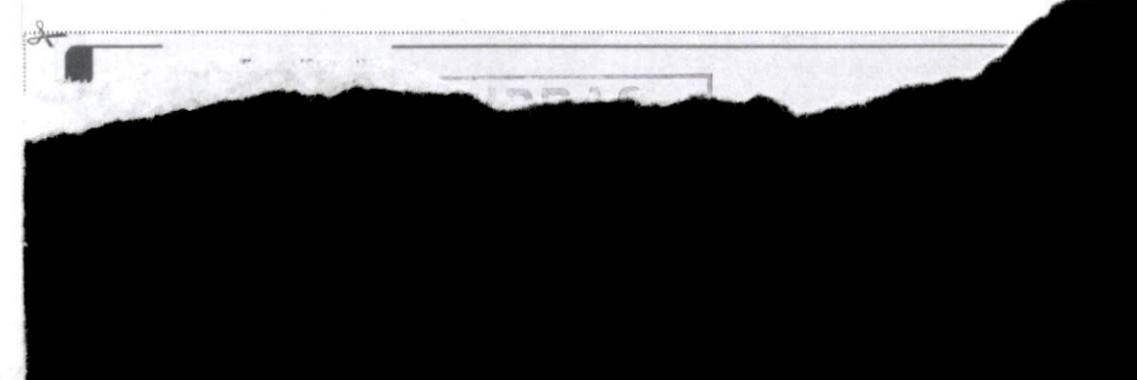
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-818561

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9403 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENLEMILH YASSINE N° 186029			
Date de naissance : 17/01/1973			
Adresse : LOT CENTRAL PALE N° 16 BOUSKOURA			
Tél. : 0663 608 602 Total des frais engagés : 3732.00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin Docteur Yasser BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd. Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N°12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 92 - GSM: 0625 25 11 25			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/10/2023			
Nom et prénom du malade : ZINE EL ABIDINE IBRAHIM Age: 47			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Conception optique			
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 : 14/11/2023			
Signature de l'adhérent(e) :			



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet du signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/11/2013	CS		300,00	 INPE 091181040 INP : 
				Docteur Yasser BENSALAH Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1 ^{er} Etage 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>CHAKIR 18/03/2023</i>	<i>16/10/23</i>	<i>232,12</i>

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

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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"/>												
				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												
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H		25533412	21433552													
D		00000000	00000000													
B		35533411	11433553													
G																

Dr. Yasser BENSALAH



الدكتور ياسر بن صالح

Spécialiste des maladies
et Chirurgie des Yeux

Ophthalmologiste

اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

محمد الخامس بالرباط

Agréé pour le permis de conduire

معتمد لرخصة القيادة

16 octobre 2023

Mme ZINE EL ABIDINE Ibtissame

251,00

LEVOPHTA 0.05 collyre

(A.S)



1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

157,00

THÉALOSE

(A.S)



1 goutte 4 fois par jours, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

232,70

PHARMACIE CIOMAR
Dr. Yasser BENSALAH
Km 14 D 2000
Bouskoura Casablanca
Tél: 0522 23 42 92

Dr. Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage
Bureau N° 12 - Casablanca
Tél: 0522 23 42 92

(A.S)

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd. Yacoub El ansour - 1^{er} Etage - Bureau N°12 - Casablanca

Tél.: 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

Dr. Yasser BENSALAH



الدكتور ياسر بن صالح

**Spécialiste des maladies
et Chirurgie des Yeux**

Ophtalmologiste

**اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون**

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

طبيب سابق بمستشفيات باريس

**Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat**

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

Agréé pour le permis de conduire

محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة السياقة

16 octobre 2023

Mme ZINE EL ABIDINE Ibtissame

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = (- 0.25 à 149°)

OG = (- 0.50 à 170°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.50



22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd. Yacoub El ansour - 1^{er} Etage - Bureau N°12 - Casablanca

Tél.: 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

Votre Vision

Opticienne Optométriste
Tél. : 212(0)5.22.23.05.45

Facture N° 003668

casablanca, le 14.11.2023

Client : ZINE ELABIDINE IBTISSANE

sous ordonnance du Dr :

YASSER Bensalah

Designation	Prix	N° Nomenclature
1 Monture	1.600,00 Dhs	
1 NOU progressifs Synchroniques Antireflets	800,00 Dhs	431
1 NOU progressifs Synchroniques Antireflets	800,00 Dhs	431
OD: (149 - 0,73) plan / Add. OT: (130 - 0,51) plan / 1,5	X	
TOTAL	3.200,00 Dhs	

Arrêtée La présente Facture a La somme de :

Trois Mille Deux cents Dirhams