

# 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.

## Diagnostique 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

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° P19- 050472

ND: 46860

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8724 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL OUAZZANI Sidi Abdellah  
Date de naissance : 21/07/1966  
Adresse : Rue S. Lot 32 G. Im. Next Calypso Casa Blanca  
Tél. : 0660300003 Total des frais engagés : 3600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 08 OCT 2020  
Nom et prénom du malade : EL OUAZZANI Sidi ABDULLAH  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ANETROPIE  
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 : 01/11/2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
20/10/2019	C2		3000m	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

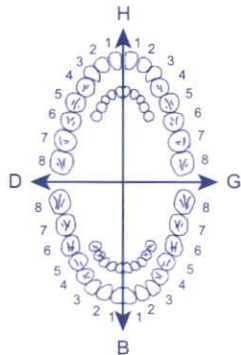
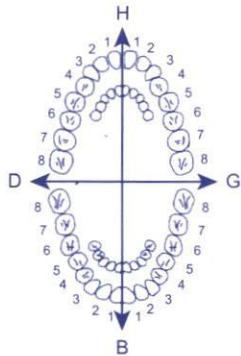
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22					3300,00
	10					00
	20					

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Youssef BELAHMER**

**OPHTALMOLOGISTE**

*Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux*

**CATARACTE : Chirurgie par PHACOEMULSIFICATION**

**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 : 05 22 58 30 73 / 0700 756 754 - Urgences : 0661 32 90 66

E-mail : dr.belahmer@gmail.com

**Sur Rendez-vous**



**الدكتور يوسف بلحمر**  
**طب العيون**

*اختصاصي في أمراض وجراحة العيون*

**جراحة الجلحاحة بالفاكو. الأشعة فوق الصوتية.**

**جراحة قصر البصر. العلاج بالليزر إكسيمير و اللازيك.**

**طب الحول. عدسة الإتصال. الليزر. راديو الشبكة**

136. إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدي معروف - أولاد حدو - لطابق الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 0661 32 90 66 / 0700 756 754 / 0522 58 30 73 - الحالات المستعجلة :

البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

**بالموعد**

Casablanca, le : .....

30 OCT 2020  
20 OCT 2020

EL QUAZZAWI STADI ARABIA

**1/ LEVOPHTA collyre**

**Une goutte 3 fois/j**

**2/ OCULOCIN PROPO unidoses**

**Une goutte 2 fois/j**

**3/ LOC TEARS collyre**

**Une goutte 3 fois/j**

**Dr. Youssef BELAHMER**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2<sup>e</sup> Etage - Casa  
Tél: 0522 58 30 73 / 0700 756 754



**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE - OPTOMETRIE  
LENTILLE DE CONTACT  
404, AV. Abdelhak Senhaji Drissia Casablanca  
Tel 05 22 28 70 73 Fax 05 22 80 18 36

**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 الاتصال، 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 - الحالات المتعجلة  
البريد الإلكتروني: dr.belahmer@gmail.com

**بالموعد**

Casablanca, le : ..... 20 OCT. 2020 ..... الدار البيضاء في

EL OUAZZANE SIDI  
ABDELLAH

Mr. U. P. S.

DDG, + 2

KADER OPTIQUE  
OPTIQUE - OPTOMETRIE  
LENNILLES DE CONTACT  
404, AV. AL FARAJ N° 5 - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - Casablanca  
Tél: 05 22 58 30 73 / 07 00 75 67 54

Dr. Youssef BELAHMER  
OPHTALMOLOGISTE  
136, Im. Faraj N° 5 - Route Oulad Haddou  
Sidi Maârouf III, 26ème Etage - Casa  
Tél: 0522 58 30 73 / 0700 756 754