

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-409232

MP = 24933

Optique

Autres

Maladie       Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

11830

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HADDI HASNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674456542

Total des frais engagés:

12 MARS 2020

228.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

13 MARS 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

### 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
10/10/15				INP : 09/10/15/14 DR. EL AMMAMER
10/10/15				
10/10/15				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE C 312 Lot 2 Lubrifiant Casablanca Tél: 05 22 89 34 94	16/12/15	228,70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

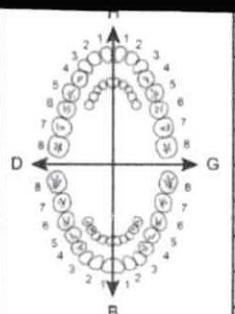
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICO/DENT

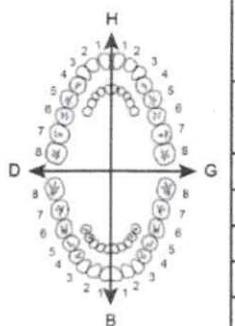
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	28533412	21432552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur Youssef BELAHMER

OPHTHALMOLOGISTE



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

Casablanca, le : ..... 23/07/2019

الدكتور يوسف بلحمر  
طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الملاحة بالفاكوا، الأشعة فوق الصوتية.

جراحة قصر النظر، العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك.

طب الجلول، عدسة الإتصال، الليزر، راديو الشبكة

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا، سيدى معروف، أولاد حدو - تطابق الشاشي - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

H A U D I

H A S N A T



ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - P.P.V. 75,00 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouf,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDE

25,00

1/ ZALERG collyre

Une goutte 3 fois/j



10,00

2/ OCULOCIN PROPO unidoses

Une goutte 2 fois/j



4,80

3/ LOC TEARS collyre

Une goutte 3 fois/j



22,00

Dr. YOUSSEF BELAHMER  
OPHTHALMOLOGISTE  
136, Imme Faraj N° 5 Route Bouskoura  
Sidi Maârouf Casablanca 2<sup>e</sup> Etage - Casa  
Tél: 0522 58 30 73 Gsm: 0661 32 90 66



000