

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-409232

MP = 24933

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11830 Société : RAM

Matricule : 11830

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HADJI HASNA

Date de naissance : 12 MARS 2020

Adresse :

Tél. : 0674456742 Total des frais engagés : 228,35 Dhs

Cadre réservé au médecin :

Cachet du médecin : 13 MARS 2020

Date de consultation : 13 MARS 2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL SIEGE RAM

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

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 : ACCUEIL

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
16/12/15	C2		6	INF: 09/10/18/18/18

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANISSA 312 Lot 20010 Casablanca Tél: 05 22 89 34 94	16/12/15	228,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

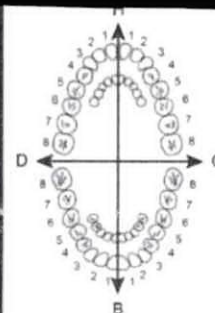
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILAIRES MEDICAUX

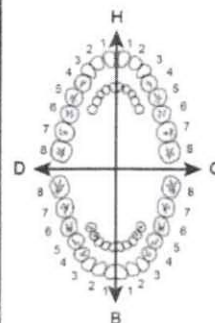
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	
25533412	21432552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



الدكتور يوسف بلحمر  
طب العيون

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

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلحاحة بالفاكو. الأشعة فوق الصوتية.  
جراحة قصر البصر. العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك.  
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 : 16 Dec 2019 : الدار البيضاء في

HAUDI HASWA



ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amin DAKOUDI

7570

1/ ZALERG collyre

Une goutte 3 fois/j

10500

2/ OCULOCIN PROPO unidoses

Une goutte 2 fois/j

4800

3/ LOC TEARS collyre

Une goutte 3 fois/j



Dr. Youssef BELAHMER  
OPHTALMOLOGISTE  
136, Im. Faraj N° 5 - Route Bouskoura  
Sidi Maârouf - 2<sup>e</sup> Etage - Casa  
Tél: 0522 58 30 73 - 0700 756 754

