

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 |

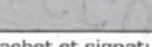
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

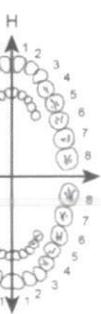
64600

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11037		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN MAKHLOUF LAÏLA			
Date de naissance : 25-10-74			
Adresse : 80, lot HAMZA N°6 Sidi Larbi Casablanca			
Tél. : 0661749599	Total des frais engagés : 10000 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. YOUSSEF BEN HAMMER OPHTALMOLOGISTE 136, Imm Farajia N°5 Route Boulevar Sidi Maârouf III 3ème Etage - Casablanca Télé: 0522 58 30 15 GSM: 0661 32 90 66			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BEN MAKHLOUF LAÏLA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : RENAL DISEASE			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur p 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 : Casablanca	Signature de l'adhérent(e) : 		



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la facture
LOT N°URCO - 01/2021 Gesablinca - B.I. Dr. PHARMACEUTIQUE POUR UN CACHET DU PHARMACIEN DU FOURNISSEUR	23/2/2021	20290

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
 Chouaib Dabikall Sidi Mohamed Assistance	06-03-2021	2	Verres + Monture optic			3500,00D	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		35533411		11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	D															
	35533411		11433553													
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																

Docteur Youssef BELAHMER
OPHTHALMOLOGISTE



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 - 2é Etage
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

23 FEV. 2021

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفالكون، الأشعة فوق الصوتية.
جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمير والليزيك.
طب الجلول، عدسة الاتصال ، الليزر، راديو الشبكة

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

بالموعد

هدا فريش	
HyFresh®	
Lot:	E 02 04
Fab:	06 20
Exp:	06 23
PPC:	130 DH 00

BELAHMER CASABLANCA

52.90

Ville

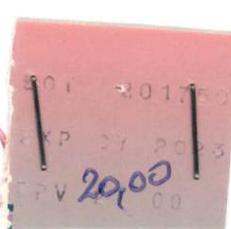
X 31

2

130.00

Hyfresh

X 31



Dr. YOUSSEF BELAHMER
OPHTHALMOLOGISTE
136, Imm. Faraj N° 5 - Route Bouskoura
Sidi Maârouf - Casablanca - Maroc
Tél: 0522.58.30.73 / 0700.756.754 - Casa
Gsm: 0661.32.90.66

202.90

Cure d'oeil

X 31



X 31



Facture N° 0005394

Casablanca, le : 06.03.2021

Mr(e) : BEN MAKHLOUF LAILA

N°de nomenclature: VL /VP

Docteur : YOUSSEF BELAHMER

Monture : optique plastique 800,00

Verres : prof organique Antireflet 2700,00

VL OD : +3,25 (-1,00 à 10)

VL OG : +4,00 (-1,25 à 7,5)

VP OD :
VP OG : } ADD +1,50

Total : 3500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme du:

Trois mille cinq cent dirhams

O' LHEND
170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Casablanca
Sidi Maârouf 3

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maârouf 3 - Casablanca

RC. : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020



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 - 2^e Etage
Casablanca - Tél : 0522.58.30.73/0700.756.754 - Urgences : 0661.32.90.66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالفاکو، الأشعة فوق الصوتية.
جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك.
طب العين، عدسة الاتصال ، الليزر، راديوا الشبكة

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

بالموعود

23 FEV. 2021

RÉNATA KHC 04 f LAZLA.

Dr. YOUSSEF BELAHMER
170, Bd Abo Chouib Doukkali ; Sidi Maârouf 3
Casablanca

DR +3,25 (-1 à 10%)
CL +4 (-1,25 à 75%)
anti reflex

DR +1,50 (+/-)
avec miresh / rad /

Dr. YOUSSEF BELAHMER
OPHTHALMOLOGISTE
136, Im. Faraj N° 5 Route Bouzouza
Sidi Maârouf 44 250 Casablanca
Tél: 0522.58.30.73 Gsm: 0661.32.90.66