

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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-

49859

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5048

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LEBLANC Amine

Date de naissance : 31/01/64

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux	Montant des soins	Début d'exécution	Fin d'exécution											
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	Montant des soins	Date du devis	Fin d'exécution											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553				
H		G																
25533412	21433552	00000000	00000000															
D 00000000	35533411	00000000	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																		
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle <u>Goy</u>
DECLARATION N°		P 14 / 0017465	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
 Cachet MUPRAS			



P 14 / 0017465

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>Goy</u>	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		<u>LEBBAR Amy</u>	
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>LEBBAR Amin</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite <u>26-07-19</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		 <u>Cure par chirurgie</u>	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
	<u>02</u>	<u>25000</u>	
PHARMACIE	Date <u>26.7.19</u>		Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture	PHARMACIE SOULAIMA YOUSRA LAHBABI LAHLOU Rés «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie Casa. Tél: 05 22 21 98 94		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	

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^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

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة بالضاكو، 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 - الطابق الثاني - الدار البيضاء
الهاتف : 0661.32.90.66 / 0700.756.754 / 0522.58.30.73
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

Casablanca, le : 26 JUIN 2019 : الدار البيضاء في

L. BABBAR ALINE

Nigamox

6500

Aculux

3890

Allergo com

5790

102W AS

5200

213,80

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHRAÏ LAHLOU
Rés « Les Jardins de Californie »
Bd. de Fes Imm. 1 Californie 2
Casa. Tél: 05.22.21.98.94



DR. YOUSSEF BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE
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

I-DEW DS Aquagel

Composition :

Chaque ml contient
 Carboxyméthylcellulose de Sodium BP 10mg
 Stabilisante Dicyclonol Composé 0,075 mg
 Véhicule Aqueux Tamponné q.s.


Autres ingrédients :

Acide Borique, Chlorure de Calcium,
 Chlorure de Magnésium,
 Borate de Sodium et Chlorure de Sodium

I-DEW DS Aquagel est une solution lubrifiante oculaire, intensive, à double action de pointe, scientifiquement conçue pour lutter contre la sensation les plus graves de la sécheresse oculaire, de l'inconfort et de l'irritation des yeux suite à une exposition prolongée devant l'écran d'un ordinateur ou de télévision, la climatisation, la poussière, la pollution, la fumée, les rayons solaires et d'autres facteurs non pathologiques.

TENIR HORS DE VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

Maintenez la solution à une température ambiante et évitez toute exposition directe au soleil.
 Une fois ouvert, jeter toute la solution inutilisée après un mois.

STERILE | A | 

PPC 52,00 DH

Entod Research Cell UK Ltd,
 15 Tottenham Lane,
 London N8 9DJ, UK.
 Email: scientific@entodpharma.com
 Website: ophthalmicsuk.com

See Package insert
 for more information.

GR FR AR

CE
 0068

Steripharma
 PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

09 / 2021

251418

Allergo-COMOD®

collyre 10 ml



6 118001 110285

Lot: 8511113
 EXP: 09/2021
 5 mg/ml Collyre en solution
 Moxifloxacin

VIGAMOX®

65,00



6 118001 072323

Vigamox® 5 mg/ml

Collyre en solution, Flacon de 5 ml
 AMM Maroc N° 506/15/DMP/21/NNP
 Distribué par les laboratoires
 SOTHEMA BOUSKOURA
 PPV : 65,00 DHS

Non remboursable AMO
 © 2016 Novartis 449780

ACULAR® 0.5 %
 Collyre en solution, flacon de 5 ml



6 118001 251278