

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 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° M21- 069624

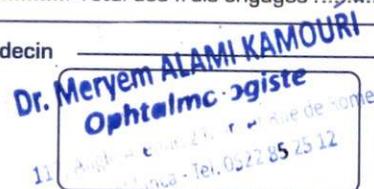
Maladie Dentaire Optique **136564** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **742** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **Chraïbi Latifa**
 Date de naissance : **2010/10/17**
 Adresse : **102 Avenue 2 Hauts Résidence 2 Hauts quartier des hôpitaux - CASABLANCA**
 Tél. : **0521 806768** Total des frais engagés : **300 + 522 + 4500** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **27/10/22**
 Nom et prénom du malade : **Chraïbi Latifa** Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **vice de réfraction**
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **conjonctive**

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 : **27/10/2022**
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27/10/22	U		300,00	 Dr. Meryem ALAMIKAMOUN Ophthalmo-Ophtalmiste 117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome Casablanca - Tél. 0522 852 211

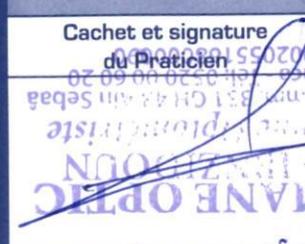
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 28, Bis Rue de Rome, Casablanca Tél: 05 22 85 43 95 Fax: 05 22 85 43 95 Email: info@pharmacieangle.com	27/10/22	522,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

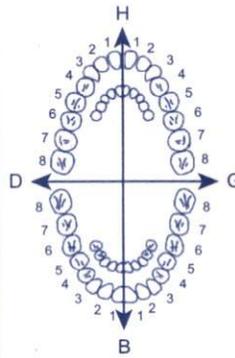
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Dr. Meryem ALAMIKAMOUN Ophthalmo-Ophtalmiste			Mutuelle + Velles			4.000,00

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

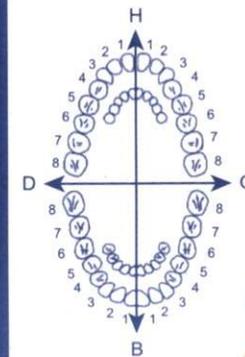
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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



AL AMANE OPTIC

Opticienne optométriste

Mme jihane IBNZIDOUN
Opticienne Optometriste
Adresse : Alamane n°, Im 313
Gh 43. ainsbaa Casablanca
Tel : 05 20 00 60 20
ICE : 002055168000090

Casablanca le : 2/1/2022 Facture N° : 264

Beneficiaire : Mme Ghraïsi Latifa

Type		Prix XTTC
Monture	Plastique cerclee	1500,00
Verre oeil Droit	OD: +0,75 (-1,1000) add: +2,75	1500,00
Verre oeil Gauche	OD: -0,50 (-2,2500) add: +2,75	1500,00

Cachet et signature

AL AMANE OPTIC
Jihane IBNZIDOUN
Opticienne Optométriste
Al Amane 6 Imm. 331 GH 43 Ain Sebaâ
Casablanca - Tél: 0520 00 60 20
ICE 002055168000090

Total : 4500,00
Total HT : 3600,00
TVA : 900,00
T.T.C : 4500,00

Arrêté la présente facture à la somme de : Quatre mille cinq cent dinars

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Phakoémulsification - Chirurgie Réfractive

Lentilles de Contact

Angiographie Numérisée - Laser



الدكتورة مريم العلمي القموري

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب ببوردو

تقويم الرؤية بالليزر

العدسات اللاصقة

راديو الشبكة - الليزر

جراحة الجلالة

Casablanca, le 27 Octobre 2022 في الدار البيضاء،

Mme CHRAIBI LATIFA

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

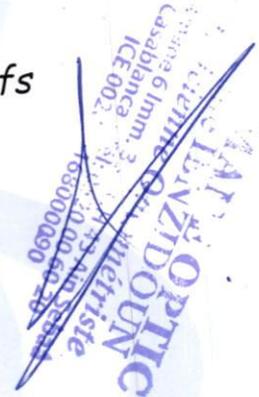
VL :

OD = + 0.75 (- 1.50 à 80°)

OG = - 0.50 (- 2.25 à 100°)

VP :

ODG = Add : + 2.75



Dr. Meryem ALAMI KAMOURI
Ophthalmologiste

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome
Casablanca - Tél. 05 22 85 25 12

117، زاوية شارع 2 مارس وزنقة روما- الطابق الأول - الشقة 5 - الدار البيضاء

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome 1^{er} étage - Apt 5 - Casablanca - Tél.: 05 22 85 25 12

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Phakoémulsification - Chirurgie



الدكتورة مريم العلمي القموري

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب ببوردو

تقويم الرؤية بالليزر

العدسات اللاصقة

رايدو الشبكة - الليزر

جراحة الجلالة



27 Octobre 2022

الدار البيضاء، في

Mme CHRAIBI LATIFA

1/ OPATANOL : [Qte : 2]

1 goutte matin et soir pendant 2 mois

2/ XILOIAL ZÉRO : [Qte : 2]

1 goutte 4 fois / jour et à la demande pendant 2 mois

3/ FLUCON : [Qte : 1]

1 goutte 3 fois par jour pendant 1 semaine

les deux yeux

AL AMANE OPTIC
Jilane BENZIDOUN
Opticienne Optométriste
Al Amane 6 Imm, 331 GH 43 Ain Seba
Casablanca - Tél: 0520 00 60 20
ICE 002055168000090



PHARMACIE MV
28, Bis Rue de Rome - Casablanca
Angle Rue de Rome - 43 95
Tél : 05 22 85 25 12
Fax : 05 22 85 25 11
R.C : 218.493 - I.F : 1221985
E-mail : info.mv.15@hotmail.es

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI
Ophthalmologiste
117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome
Casablanca - Tél: 0522 85 25 12

0050322	0050322	159,00
2024,03	2024,03	159,00
159,00	159,00	159,00