

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0042458

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8907 Société : RAN 203477
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENAYACHI LAAMI Abdelphader
 Date de naissance : 30.11.63
 Adresse : 4 Bd Boucha, Bd Abdelhadi Boulaleb
 Cose - A. f.
 Tél. : 0661460122 Total des frais engagés : 3400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Meryem ALAMI KAMOURI
 Ophtalmoogiste
 117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome
 Casablanca - Tél: 0522 85 25 12
 Date de consultation : 22/04/24
 Nom et prénom du malade : BENAYACHI LAAMI Abdelphader
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vice de refraction
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 26/04/24
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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 la réalisation des Actes
22/04/24	U		300,00	<p>Dr. Mervem ALAMIKHOUSSI Ophtalmologiste 17, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome Casablanca - Tél: 0522 525 25 12</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

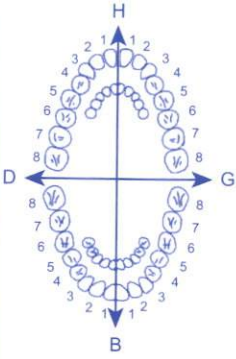
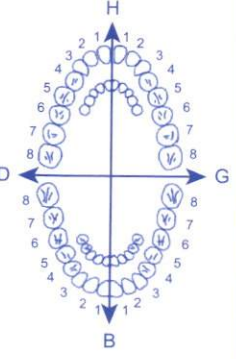
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	25/04/24					3100,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Meryem ALAMI KAMOURI

Ophtalmologiste

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 (القنوري)

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب ببوردو

تقويم الرؤية بالليزر

العدسات اللاصقة

رأديو الشبكة - الليزر

جراحة الجلالة

Casablanca, 22 Avril 2024..... في الدار البيضاء،

Mr. BENAYACHI-LALAMI Abdelkader

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL :

OD = + 0.25 (- 0.25 à 120°)

OG = - 0.50 (- 0.75 à 70°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 2.75 (- 0.25 à 120°)

OG = + 2.00 (- 0.75 à 70°)

OPTIC S.A.R.L.
OPTICIEN
6, Bis Rue Ibn Battouta, Av 2 Mars
Casablanca - Tél: 06.63.78.91.91
F: 15294111 - R.C: 337929
CF: 000112884000066

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

117, زاوية شارع 2 مارس و زنقة روما، الطابق الاول، الشقة 5 (المدخل من زنقة روما) - الدار البيضاء

117, Angle Avenue 2 Mars et Rue de Rome, 1er étage, Appt.5 (Entrée sur Rue de Rome) - Casablanca

Tél. : 05 22 85 25 12 - G.S.M. : 06 10 30 69 72 - E-mail : meryem@tiscali.fr

RC: 337929

IF: 162941111

Inpe : 095029401

ICE: 000112884000066

N° 001879

Le: 25/04/2024

M: BENAYACHI HALAMI Abdelkader

Type des verres:

De loin De près
Anti Reflex Ambré

Monture:

De loin De près
M-t OPTIC

1300,00 DHS

Vision de loin:

OD Axe 120 Cyl -0.25 Sph +0.25 400,00 DHS

OG Axe 70 Cyl -0.75 Sph -0.50 500,00 DHS

Vision de près:

OD Axe 120 Cyl -0.25 Sph +2.75 500,00 DHS

OG Axe 70 Cyl -0.75 Sph +2.00 400,00 DHS

Add:

Montant:

3100,00 DHS

☎ 06 63 78 91 91

☎ 05 22 81 33 99

📍 6 Bis Rue Ibn Hajja 2 Mars - Casablanca