

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-004574

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHAIL Nouredine
 Date de naissance : 01-07-1976
 Adresse : 7ème ADRE 85e
 Tél. : 0675684293 Total des frais engagés : 4729,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
 OPHTALMOLOGISTE
 Rue Oukba Ibnou Nafii Berrechid
 Tél: 0522 32 48 47
 18 MAI 2023
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : ELHAIL Nouredine Age : 57 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Amétropie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : BE RR ECH ID

Le : 17 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

18/05/2023

Mr. EL HAIL Nouredine

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 0.25

OG = + 0.25 (- 0.25 à 75°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

UNIVERS ŒIL
Imm Zinoun N°1 Rue El Mansour Dahbi N°3
MOHAMMADIA
ICE: 001854379000092/TEL: 05 23 30 86 44

129,00

1/ VIS NEUROX



1 goutte 3 fois/jr pdt 1 mois, les deux yeux

129,00



Pharmacie ALAFAC
1.3.5 Rue Ibn Abou Mad
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Facture



Facture N° :

546

Date :

10 / 08 / 2023

Client :

EL HAIL
NOURDDINE

STE UNIVERS OEIL

RUE EL MANSOUR DAHBI IMM

ZINOUN MAG N°3

Tel: 0640038795

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+0.25	00	00	+3.00
VLVPG	+0.25	-0.25	75	+3.00

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	PROG ORG 1.5 AR blue	1	1650.00	1650.00
2	PROG ORG 1.5 AR blue	1	1650.00	1650.00
3	Monture 1	1	1000.00	1000.00

TVA	20%	Total TVA	716.67
Total HT	3583.33	Net à payer	4300.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

quatre mille trois cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

STE UNIVERS OEIL – RUE EL MANSOUR DAHBI IMM ZINOUN MAG N°3 – 0640038795 –

IF: 24815124 - ICE: 001961779000078 - RC:20197 - TP:39575601

UNIVERS OEIL
Imm Zinoun N°1 Rue El Mansour Dahbi N°3
MOHAMMAD
ICE: 001851379000092/TEL: 05 33 30 86 44