

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



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

## Declaration de Maladie

N° W21-808503

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11058 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MERNIT MOSTAFA  
Date de naissance : 02/06/1973  
Adresse : 73 Bd NABOUNI MAY EL QOSSI  
Tél. : 0624 89 85 20 Total des frais engagés : 2650,00

Cadre réservé au Médecin

Dr. MECHERBI CHAFIK  
OPHTALMOLOGUE

Cachet du médecin :

6, Bd Mohamed V - OUJDA  
Tél : 0536 69 18 00 - 0624 21 81 5

Date de consultation : 13/12/2023  
Nom et prénom du malade : MERNIT OLA Age : 29

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : A.1.1.1

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

22 JAN. 2024

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01/01/2024 Le : 13/12/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

## 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.

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
31/1/13	CS		25000	INP : 08M02666 Dr. <u>MEGHERBI CHAFI</u> OPHTALMOLOGUE Mohamed V - OUJDA 3524 213

Dr. MEGHERBI CHAFIK  
OPHTALMOLOGUE  
6, Bd Mohamed V - OUJDA  
Tél: 0536 69 15 06 - 0624 21 31 55

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>FTM OPTIQUE</p> <p>Opticien Optométriste-Lentille de contact</p> <p>MAY ENNOURHAY EL HASSANI EL BOBBA 10 N°770 Oujda</p> <p>GSM : 06 40 89 49 16</p> <p>Rajae MOUBACHI</p>	<p>19/12/2023</p>					<p>2400 DH</p>
<p>INPE: 066014482</p>						

**VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Dr Chafik MEGHERBI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris

Angiographie rétinienne numérisée

OCT : Tomographie à Cohérence Optique



**الدكتور شفيق مغربي**

**إختصاصي**

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

تصوير الشبكة - العلاج بالليزر

**INPE : 081162646**



081162646

Oujda le mercredi 13 décembre 2023

**Enfant OLA MERNIT**

Monture + verres

Verres traités antireflet

Oeil droit

Sphère : +3,75

Cylindre : -0,75

Axe : 180°

Addition:

Oeil gauche

Sphère : +4,50

Cylindre : -1,25

Axe : 155°

Addition:

**FTM OPTIQUE**  
Opticien Optométriste - Lentilles de contact  
HABIB ELIMOURI - HASSAN EL OCSEA - 06 10 02 10 30  
GSM : 06 40 89 49 16  
Rajae MOUBACHI

**Dr. MEGHERBI CHAFIK**  
**OPHTALMOLOGUE**  
6, Bd Mohammed V - Oujda  
Tél: 0636 63 46 06 - 0624 21 81 55

6، شارع محمد الخامس، عمارة اليماني، الطابق الثاني - وجدة (أمام فندق وجدة وبجانب مقهى بروفدونس)

6, Bd Mohammed V - Imm El yamani, 2<sup>ème</sup> étage - Oujda (En face hôtel Oujda et à côté café la providence)

ICE 001713651000035 - Tél : 05 36 69 16 06 - GSM : 06 10 02 10 30 - Email : c.megherbi@gmail.com





# F T M OPTIQUE

Opticien Optométriste

Lentille de contact

1<sup>er</sup> ETAGE HAY ENNOUR HAY LHASSANI EL  
QOBBA 10 N° 770 OUJDA

Gsm : 06 40 89 49 16

RC : 40485- Patente : 10204803

ICE : 003195717000051


IF : 53575888 - CNSS : 4651494

## FACTURE

0002002

Date: 19/12/2023

Monsieur (Mme): OLAMERNIT

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: -0.75 OG: -1.25	180 180	+3.75 +4.00	2	750,-	1500,-
VP: { OD: OG:					
ADD:					
			<input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER		
			<input checked="" type="checkbox"/> UNIFOCAL		
			<input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input checked="" type="checkbox"/> POLYCARBONATE		
			<input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU		
			<input type="checkbox"/> 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74		
			<input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
MONTURE OPTIQUE					
<input type="checkbox"/> METAL					
<input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE					
900,-	1	900,-			
TOTAL 2400.DH					

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Deux Mille Quatre Cent Dirhams