

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.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie - Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-782380

150952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12924

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Si biani Redouane

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0662788191

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/08/2023

Nom et prénom du malade : Di Bani Redouane

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Age: W

Nature de la maladie : Baisse d'acuité visuelle

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

23/10/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dr. ELYAMOUNI OUBAIDA
Ophtalmologiste
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
Tél: 05 39 34 24 46



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
21/01/2023		2	300 DH	INP : 161 YAMOUNI OUBAÏDA Omnipraticien des Maladies Infectieuses 24 24 46

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant à la Facture
 Actel Optic Opticien - Lunetier Tél: 0522 99 31 29	30/01/2023	4000,00 DH.

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Ophtalmologie

عيادة طب وجراحة العيون

Dr. ELYAMOUNI Oubaida

Ophtalmologiste

Membre de la Société Française

d'Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte (Phaco)

Chirurgie des Voies Lacrymales

Strabisme, Angiographie rétinienne

Laser, OCT, Topographie Cornéenne

Contactologie, Échographie oculaire



الدكتور اليموني عبيدة

طبيب اختصاصي في طب وجراحة العيون

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة (الليزر)

جراحة المسالك الدمعية، تقويم الحول

فحص وتصوير شبكية العين

الليزر، تصوير القرنية

العدسات اللاصقة، الإيكو غرافيا

ORDONNANCE

Tanger, le 21/01/2023 طنجة في

Monsieur DIBIANI Redouan

UNE PAIRE DE LUNETTES + Monture ANTIREFLET

PROGRESSIFS

Oeil Droit : (87° -0,50) -1,00 , Addition + 1,25

Oeil Gauche : (105° -0,25) -1,25 , Addition + 1,25

Actual Optic
Opticien Lunetter
Tél: 05 39 31 29

Dr. ELYAMOUNI OUBAIDA
Ophtalmologiste
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
Tél: 05 39 34 24 46

عمارة 45 ، شارع محمد الخامس (أمام بنك المغرب) شقة 16 ، الطابق الرابع - طنجة

Imm 45, Boulevard Mohamed V, App 16, 4 éme Etage - Tanger (en face Bank Al Maghrib)

Tél.: 05 39 34 24 46 : الهاتف

Actuel Optic

TOUT NOTRESAVOIRFAIRE POURVOUS SATSFAIRE

Facture

DATE : 30/01/2023.

NOM ET PRENOM

Mr. Dibiiani Redouan

Facture N° : 13/23.

Désignation	Quantité	Unité	Prix unitaire	Total
Monture	1	u	600,00	600,00
Ventres org progressifs AR OD. -1 (-0,50 à 87°) OG. -1,25 (-0,25 à 105°) Add. + 1,25	2	u	1700,00DA	3400,00
MONTANT TTC à 20% DE TVA INCLUDE				4000,00DA.