

## 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

- 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

N° W19-455866

148980

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 3405 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : REFASS Abdelkettah

Date de naissance : 31/12/1960

Adresse : 27 LOT YOUSRA - CASABLANCA

Tél. : 0661219042 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin **Docteur CHELLY Chafik**  
**Ophthalmologiste**  
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70  
05 22 98 47 84  
INPE : 051040931

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/10/2022

Nom et prénom du malade : REFASS Abdelkettah

Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

Oculaire

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 : Casablanca

Le : 10/11/2022

de l'adhérent(e) :



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
29/10/2022	CS	1	300,00	

[illegible][illegible]

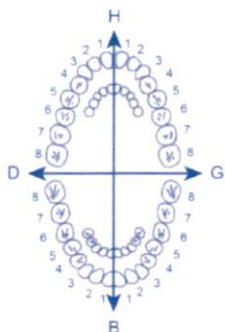
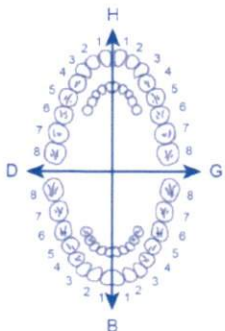
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIC MEGASTORE</b>	10.11.22	2 verres progressif				6500,00
27, Rue Lahcen Arjoun		+				1500,00
et Angle Rue Ibn Abi Azhar		Monture optique				
<b>GASSELANCA</b>						
Tel: 0522 86 21 61 - Fax: 05 22 86 31 82					Total	8000,00

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 55%; text-align: right;"> <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553  <b>B</b> </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille  
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme  
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône  
Toutes explorations ophtalmologiques

# الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا  
جراحة المياه البيضاء - الحول  
القناة الدمعية - إزالة النظرات - القرنية المخروطية  
جمع فحوصات العين

29 octobre 2022

Monsieur REFFAS Abdelfettah

PROGRESSIFS  
ORGANIQUES  
BLANCS  
MONTURE

Oeil Droit :  $(180^\circ + 1,50) + 1,75$  ; Addition + 2,75  
Oeil Gauche :  $(155^\circ + 0,50) + 2,25$  ; Addition + 2,75

ANTI-RAYURES

ANTI-LUMIERE BLEUE

ANTI-REFLETS MULTICOUCHES

PORT PERMANENT

OFFIC MEGASTORE  
27, Rue Lahcen Arjoun  
et Angle Rue Ibn Alaa Azhar  
CASABLANCA  
Tél: 0522 60 81 81 - Fax: 05 22 86 31 62

Docteur CHELLY Chafik  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél: 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70  
05 22 98 47 84  
INPS: 094040931

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2<sup>ème</sup> étage - Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

82 , زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء

☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

مستعجلات : 06 61.33.04.44 : 06 52.10.00.12



# OPTIC MEGASTORE

27, Rue Lahcen Arjoun  
20000 Casablanca  
Tél: 0522 86 31 61  
Fax: 0522 86 31 62

FACTURE COMPL. N° : F22/0271

Date : 10/11/2022

N°PEC :

## BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **REFFAS ABDELFAH**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :


Régime :

## Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 0%	Compl.	Assuré
Verre correcteur progressif	3250.00	2203240				3250.00
Verre correcteur progressif	3250.00	2203240				3250.00
Monture optique	1500.00	2223342				1500.00
						
TVA (20%) (Dh)	1333.34					
TOTAL TTC (Dh)	8000.00					8000.00
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	8000.00					

## Mentions légales