

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

M22- 0041434

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3690 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDAHOU KHALID

Date de naissance : 24/08/1954

Adresse : habituelle Khalid.Bendahou@gmail.com

Tél. : 0657569966 Total des frais engagés : 668,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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
INPE : 001040031

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/05/2023

Nom et prénom du malade : BENDAHOU Khalid Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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 : 4/5/2023 Le : 24/05/2023

Signature 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 praticien attestant le paiement des Actes
04/07 2023	C	/	360	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
4.5.23	368,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

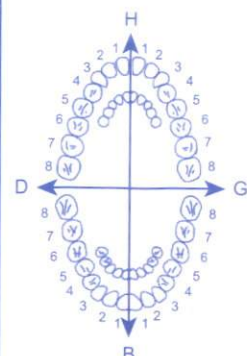
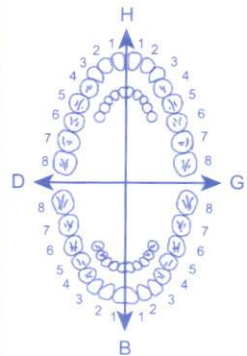
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
Voies lacrymales - Réfractives - Kératocône
Ophtalmologies

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

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

4 mai 2023

Monsieur BENDAHOU Khalid

- LOTEMAX COLLYRE

- 1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 7 jours
- 1 goutte, le matin et soir, dans l'oeil droit, pendant 7 jours
- 1 goutte, le soir au coucher, dans l'oeil droit, pendant 7 jours

- TOBRADEX POMMADE

- 1 application, le soir au coucher, dans l'oeil droit, pendant 10 jours

- LEVOPHTA COLLYRE

- 1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 mois

- ZYRTEC CP

- 1 comprimé, le matin, pendant 2 mois



Docteur CHELLY Chafik
Omnipraticien - Oculiste
82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tel: 05 22.25.83.70 / 05 22.25.83.70
Fax: 05 22.25.83.70
INPE: 092046317

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Quartier des Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 61.33.04.44

PHARMACIE L'ORCHIDEE
Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Téléphone : 05.22.36.66.22
INPE : 092046317

82, زنفة سومية - إقامة شهرزاد 2

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

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

☎ : 06 61.33.04.44 / 06 61.33.04.44 / 06 61.33.04.44