

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 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° W19-410800

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2035 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Belkhalifa Maria 173876
 Date de naissance : 1943
 Adresse : 131 Rue Larache Rend. Juar El Hamd
 C12 Casa
 Tél. : 06 61 28 68 27 Total des frais engagés : 627,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur Ouafae BENCKEKROUN
 Ophtalmologiste
 Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
 Tél/Fax : 0522 36 37 08
 Urgence : 0662 55 19 36
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/08/23
 Nom et prénom du malade : Belkhalifa Maria Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : sécheresse 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 : Casa 01/09/23 le : 01/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie NO

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
31-8-23		CS	3000 F	<p>INPE: 091021758</p> <p>Professeur Ouafae BENCHEKROU</p> <p>Ophthalmologiste</p> <p>du Palais Bd Ghanmi Casablanca</p> <p>0522 36 17 08</p> <p>036</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cadre du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
31/8/23	327,65	

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine

de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie - Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

الدكتورة وفاء بنشقرن

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

PHARMACIE CHIMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca


Tél: 0522 36 08 06

Casablanca , le 31-8-23 في الدار البيضاء

Belkhalia Farca

Tobrex Colly 

28,40

Septex xys 

ofraicel plus 17r

142,85

Septex xys

aptipred 

23,40

Septex xys

- Hydrated powder
Sample for



135,00

327,65

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Res. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 0662 55 19 36

LOT 231023

EXP 03 2026

PPV 26,40

26/40

أوبتيبرد
Optipred

Lot: A A 0 1 0 6

Fab: 1 2 2 2

Exp: 1 2 2 4

ppv: 23 DH 40

ZIMAJ MEDICAL

PFC

142.85 DHS

PPC
DHS

136,00