

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-602570



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11762 Société : RAN (56129)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Youssef Benchikh

Date de naissance : 16/11/1974

Adresse : 402, bt EL Qods el Jadida,

Tél. : 0662061031

Total des frais engagés : 553,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/01/2021

Nom et prénom du malade : Ben Chelly

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 15/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/01/2021	C3 + IC	15	10000	INP : CHU de Brest Dr. H. O. K. Casella Re ORL de Brest Drs Al Fakih, Roudan, Zay Fax: 03 20 21 36 82 03 20 21 36 82 03 20 21 36 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Charia Al Attar Place de la Gare Bd de la Gare Casablanca Tél 0522 30 06 19</p>	15/01/2021	153,40

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H			
	25533412 00000000	21433552 00000000	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	35533411	11433553	G	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	B			DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

Enfant

ZIAD

BERCHID

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Aggrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Aggrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

BIOMYLASE sirop

1 cm 3 fois par jour pendant 6 jours

40,00



RHINACARE SPRAY

Lavage de nez à réaliser systématiquement 3 à 4 fois par jour

89,00



PIVALONE

3 gouttes dans chaque narine 3 fois par jour pendant 10 jours

24,40

= 153,40

Professeur H. CHELLY



Dr. H. CHELLY
O.R.L.
Centre ORL & Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès /Brahim Roudani - Casa
Tél : 05 22 47 20 10 Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
1 Spray
P.P.C : 89,00 DH

10004320 ■■■
2018/10
2021/09

LOT:	24140
PER:	
PPV:	

دواء لغسل الأنف
في الصيدلية
العنوان: Place Kharbouï Ghaltas
ش. خربوعي غلتاس
العنوان: 0522 30 06 19
العنوان: 0522 47 20 10
العنوان: 0522 20 18 85
العنوان: 091040949
العنوان: 0522 47 30 30
العنوان: 0522 47 32 32
العنوان: 0522 20 18 85
العنوان: cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com
العنوان: IF : 14478582
العنوان: ICE : 001837199000069





مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 15/01/2021

Reçu la somme de 40000

De Mr, Melle, Mme B.C.R.C.H.T.D

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour bouchon de cérumen



CODE AL FARABI
Centre ORL de
diagnostic et d'explorations
45, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - 05 22 20 18 85
Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 09102535

ELLY
Centre ORL de
diagnostic et d'explorations
45, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - 05 22 20 18 85
Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091040949