

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- 0051164 **ASS 762**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **714** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **SKALI - FAROUK**
Date de naissance : **1946**
Adresse : **Residence EL HAMO - FARAH SALAH CASA**
Tél. : **0644282498** Total des frais engagés : **435,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENJELLOUN
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
102, Bd Zerktouni 2° Etage Casablanca
Tél 0522228200 P 0653386346

Date de consultation : **20/03/2023**
Nom et prénom du malade : **A. ALAMI** Age : **75**
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 : **SSA** Le : **20/03/2023**
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 Médecin attestant le Paiement des Actes
30/03/23	C2 op		730,00 =	Dr BENJELLOUN Specialiste d'Ophtalmologie Maladies et Chirurgie des Yeux 102, Bd Zerktouni 2° Etage Casablanca Tél. 0522 772200 P. 06533863

Dr BENJELLOUN
Spécialiste d'Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
102, Bd Zerkouni 2^e Etage Casablanca
Tél 0522278220 P 0653386345

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/02/23	635,-

TYPE:

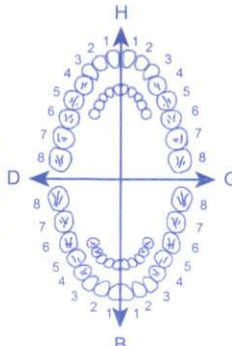
[illegible][illegible]

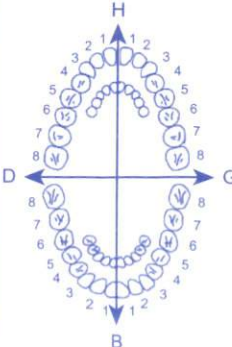
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> G 11433553 </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

E

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENJELLOUN Mohamed Fayçal
Medecin Spécialiste en Ophtalmologie

Pathologie vitréo-rétinienne

102, Bd Zerktouni - Casablanca
Tramway : Station Av Hassan II
E-mail : drbenjafay@hotmail.fr



الدكتور محمد فيصل بنجلون
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
أمراض وجراحة الشبكية

Tél.: 05 22 27 82 00 - 05 22 22 19 64
Fax : 05 22 27 06 71
Urgences : 06 52 38 63 46

30 Mars 2023

Casablanca le

Mme EL ALAOUI Bahija

1/ Dexafree collyre :

1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours ODC

2/ Monoprost collyre :

1 goutte tous les soirs à heure fixe OD seul

3/ Optive fusion UD collyre :

1 goutte par 2h aux deux yeux et au besoin pendant 1
semaine puis 4 fois par jour et au besoin sans limites et sans
arrêt

Traitement de 6 mois

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Dr BENJELLOUN Mohamed Fayçal
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie
102, Bd Zerktouni 2° Etage Casablanca
Tél. 0522272200 P. 0653336346

Patente : 34293228

ICE : 001798664000092