

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° W21-812059

2437

178570

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDROUD BEKKAI

Date de naissance : 21/07/1958

Adresse : RUE 508 NO 1 TRRAST INEZ GANE

Tél. : 06 66 12 1880 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : CHAHBI Mohammed

Cachet du médecin : Ophthalmologiste

544, bd. panoramique, californie

Casablanca maroc

Tél : 05 22 86 45 18 / 19 / 20

05 22 86 60 00 - 05 22 50 15 15

Fax : 05 22 86 46 21

Date de consultation : 06/09/2023

Nom et prénom du malade : BENDROUD BEKKAI Age :

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

Nature de la maladie : Atteinte 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 : Le : / /

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
06/09/2023	CS		200,00	INP : 0010000000
11/09/2023	CS		20,00	DR. CHAHBI Mohammed Ophtalmologiste

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAADOUNI Rue 33 Hay Idan Ain Chock Casablanca - Tel: 0522 87 04 50	06.09.23	63,20
	11/09/23	1020,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INP: 0010000000			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 11/09/2023

M: BENDAOUD Elbetlem

Mo. 70 x 6

10000

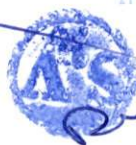
1g 2g



778.00 x 2

Cationorm

1020,20



DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, Californie, Maroc
Tél: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 68 / 00 - 05 22 30 15





6 118001 040278

زولامول[®]
Xolamol[®]

Lot: A A 0 2 9 5
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5

P.P.V : 110 DH 70



6 118001 040278

6 118001 040278

زولامول[®]
Xolamol[®]

زولامول®
Xolamol®

Lot: A A 0 3 3 0
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5

P.P.V : 110 DH 70

Lot:	A B 0 3 5 4
Fab:	0 2 2 3
Exp:	0 2 2 5

P.P.V : 110 DH 70



ORDONNANCE

Casablanca le 06/09/2022

NON : BENDAOUD
PRENOM : BELKACEM

PHARMACIE SASSIOUI
Sarlat
Rue 33 N35 hay Idaa Ain Chock
Casablanca - Tel: 0522 87 04 50

63,20

ZYRTEC (comprimés) 10 mg
1CP / J le soir pdt 5 jour



Rendez-vous le 06/09/2022 A 10h



63,20

AMM N° 50/19/DMP/21/NRGONM
Zyrtec 10mg
15 comprimés pelliculés sécables



544, bd. panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 60 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21
clinicoeil@gmail.com
cliniqueoeilcalifornie.com