

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.

N° W21-767483

3826
A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13069		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELWAFAUI Mohamed Rayane			
Date de naissance : 18/05/1993			
Adresse : Villa Anfa 3 n° 116 Darbouza			
Tél. : 0663158831		Total des frais engagés : 1300 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Docteur S. SADIKI Centre d'OPHTHALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE 3, Rue Achraf Ameziane - Casablanca Tél: 05 22 21 31 45 - 05 22 22 36 31
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
ELWAFAUI Mohamed Rayane
Lien de parenté :
<input type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :
Affectation
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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : ELWAFAUI

VOLET ADHERENT
Déclaration de maladie
N° W21-767483
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 13069
Nom de l'adhérent(e) : ELWAFAUI
Total des frais engagés : 1300 Dhs
Date de dépôt :

RELEVE 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
05/10/22	CS	-	300	INP : 09112124 CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIJOU SURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE Docteur S. SADIGHI Bachir Amezziane - Casablanca Tél: 0522 27 31 45 - 05 22 22 36 31
06/10/22	671726	-	100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourgeau	Date	Montant de la Facture
AXE CREA OPTICIENNES OPTOMETRISTES IPam BERRADA Rue Ain Att Aït Angle AV des Phare Bourgogne - Casablanca Tél: 0522 49 17 37 - Fax : 0522 49 12 38	29/10/22	# 900,00 # OPTs.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DENTAL ARCH DIAGRAM FOR ODF PROSTHESSES DETERMINATION

Labels: H (top), G (right), D (left), B (bottom)

ODF PROSTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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



Date facture : 22 octobre 2022

FACTURE N°: 288

Information client

EL WAFIKI MED RAYAN

Axe Création

Désignations	Qté	Prix	Remis	Montant ttc
VERRE SIMPLE FOYER ORGANIQUE BLANC AMINCI ANTIRAYURE ANTIREFLET MULTICOUCHES OD : -3,25 (-0,25 à 10°)	1,00	450,00		450,00
VERRE SIMPLE FOYER ORGANIQUE BLANC AMINCI ANTIRAYURE ANTIREFLET MULTICOUCHES OG : -3,25	1,00	450,00		450,00

AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
ILham BERRADA
Rue Aïn Ati Angle N° des Phare Bourgogne-Gafa
Tél: 0522 49 17 37 - Fax: 0522 49 17 38

<u>Montant hors taxe</u>	750,00
<u>Montant tva</u>	150,00
<u>Montant ttc</u>	900,00

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

Docteur S. Sadighi
Ophthalmologue

Diplômé de l'Université de PARIS
Ancien Assistant de la Fondation
ROTHSCHILD



Maladies et Chirurgie des Yeux
Myopie Hypermetropie Astigmatisme
et Presbytie (Blended vision)
Par Laser EXCIMER et Lasik
avec Femtosecond - Flex
Cataracte par Phaco
Laser ARGON MULTISPOT et YAG - Laser SLT
Angiographie Numérisée
Topographie et Pachymétrie
Traitement de Glaucome au Laser Diode

الدكتور صديقي ش
حبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابق بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسيمير ولازير
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لазير أركون و ياكث
علاج الجلوكوما الليزر ديدود

Sur rendez-vous

بالميعاد

20/10/2022



Mr EL WAFIKI Mohamed Rayan

DR.SADIGHI
OPHTALMOLOGUE
INP: 0911224202

DE LOIN :

OD : (10° , - 0.25) - 3.25

OG : - 3.25

AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
ILHAM BERRADA
Rue Am Karim Ameziane AV. des Phara Bourgogne-Casa
Tél.: 0522 49 17 37 - Fax: 0522 49 17 38

VERRES ORGANIQUES ANTI REFLETS ANTI UV

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
Docteur S. SADIGHI
3, Rue Achraf Ameziane - Casablanca
Tél.: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31