

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

- Reclamation : 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° W21-767483

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13069 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELWAKIL Mohamed Ruyane
 Date de naissance : 18/05/1993
 Adresse : Villa Anfa 3 n°116 Darbouazza
 Tél. : 0663158834 Total des frais engagés : 1300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELWAKIL Mohamed Ruyane

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

Nature de la maladie : Affectation Longue Durée

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) : ELWAKIL Mohamed Ruyane

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) : ELWAKIL Mohamed Ruyane
 Total des frais engagés : 1300 Dhs
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/10/92	CS	-	500,00	<p>Dr. S. SADIQHI</p> <p>INP: 09112424</p> <p>CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET D'OPHTHALMOPATHOLOGIE</p> <p>Dr. S. SADIQHI</p> <p>Chercheur Ameliane - Casablanca</p> <p>Tel: 05 22 27 31 45 - 05 22 27 36 31</p>
20/10/92	10 + 10/92	-	1000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeur	Date	Montant de la Facture
<p>AXE CREATION</p> <p>OPTICIENNES OPTOMETRISTES</p> <p>ILHAM BERRADA</p> <p>Rue Ain Aatt Angle AV. des Phares Bourgoigne - Casa</p> <p>Tel: 05 22 49 17 37 - Fax: 05 22 49 12 38</p>	29/10/92	# 900,00 # Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date facture : 22 octobre 2022

FACTURE N°: 288

Axe Création

Information client

EL WAFIKI MED RAYAN

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 du Phare Bourgoine-Casa
Tél : 0522 49 17 37 - Fax : 0522 49 17 38

Montant hors taxe	750,00
Montant tva	150,00
Montant ttc	900,00

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE

Docteur S. Sadighi
Ophtalmologue

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**

Sur rendez-vous

20/10/2022

الدكتور صديقي ش
حبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لازير أركون و ياكز
علاج الجلوكوما الليزر ديود

بالميعاد



090002023

Mr EL WAFIKI Mohamed Rayan

DR. SADIGHI
OPHTALMOLOGUE
INP: 0911224

DE LOIN :

OD : (10° , - 0.25) - 3.25

OG : - 3.25

AXE CREATION
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
ILHAM BERRADA
Rue Ibn Battouta AV. des Ynare 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 Achcharif Ameziane - Casablanca
Tél: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31

زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء

Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3^{ème} étage - Casablanca 20080

Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف : Fax: 05 22 26 46 44 : الفاكس : Patente n°33205674

E-mail: sadighiopht@gmail.com