

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° W21-787830

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12567 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAKTOUM WASSIME
 Date de naissance : 28/11/1987
 Adresse : RES JNANE CALIFORNIE, ENNAYAKOUT3
 APPE 4 CASABLANCA
 Tél. : 0668545849 Total des frais engagés : 1379,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/04/2023
 Nom et prénom du malade : EL MAKTOUM WASSIME Age : 35
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection 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 : CASABLANCA Le : 26/04/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W21-787830

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :


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
20/04/2023	ce		250,00	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/4/23	129,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/4/23	R40	1000,00 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

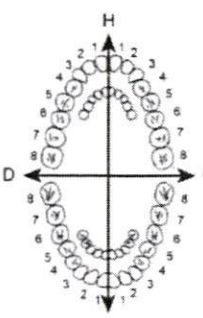
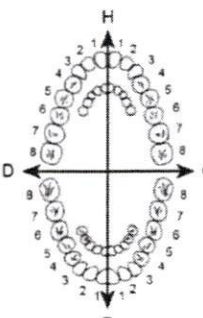
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : <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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE IBN TACHFINE

مركز طب وجراحة العيون ابن تاشفين

Dr Awatif RAZZAK

Médecin Ophtalmologue

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie Réfractive - Glaucome - Strabisme

Angiographie - Echographie Laser - Contactologie



الدكتورة عواطف رزاق

اختصاصية طب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - تصحيح النظر بالليزر

جراحة المياه الزرقاء - الحول - الليزر

تصوير العين بالصدى - العدسات اللاصقة

Casablanca le : 20/04/2023 : الدار البيضاء في :

M. EL Mak team Yassine

- Age = 35ans

- Tuméfaction rétro-rienne

à GH, suspecte ; Bonne chambre ant.

→ faire une échographie

oculaire voir UBM pour explorer l'iris



شارع ابن تاشفين، زنقة زينب إسحاق، رقم 35، إقامة رياض ابن تاشفين، التطبيق الأول، لافيت - الدار البيضاء

Bd Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine, 1^{er} étage, la Villette - Casablanca

☎ 05 22 60 73 38

✉ rawatif@gmail.com

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

26 AVR. 2023

NOTE D HONORAIRE

NOM PRENOM : Mr. EL MAKTOUM WASSIME

ACTE : K40

MONTANT : 1000.00DHS (MILLE DHS)

DR MOUHSSINE D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE IBN TACHFINE

مركز طب وجراحة العيون ابن تاشفين

Dr Awatif RAZZAK

Médecin Ophtalmologue

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie Réfractive - Glaucome - Strabisme

Angiographie-Echographie Laser - Contactologie



الدكتورة عواطف رزاق

اختصاصية طب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - تصحيح النظر بالليزر

جراحة المياه الزرقاء - الحول - الليزر

تصوير العين بالصدى - العدسات اللاصقة

Casablanca le : 20 avril 2023

الدار البيضاء في:

Mr EL MAKTOUM Wassime

129.90

VIS NEUROX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Sans PPV
Ced



Awatif RAZZAK
Ophtalmologue
Bd. Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak, N°35, Rés Riad Ibn Tachfine
1er étage, Casablanca - Tél: 05 22 60 73 38
Bd. Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak, N°35, Rés Riad Ibn Tachfine
1er étage, Casablanca - Tél: 05 22 60 73 38

شارع ابن تاشفين، زنقة زينب إسحاق، رقم 35، إقامة رياض ابن تاشفين، الطابق الأول، لافليت - الدار البيضاء

Bd Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine, 1^{er} étage, la Villette - Casablanca

☎ 05 22 60 73 38

✉ rawatif@gmail.com

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE IBN TACHFINE

مركز طب وجراحة العيون ابن تاشفين

Dr Awatif RAZZAK

Médecin Ophtalmologue

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie Réfractive - Glaucome - Strabisme

Angiographie - Echographie Laser - Contactologie



الدكتورة عواطف رزاق

اختصاصية طب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - تصحيح النظر بالليزر

جراحة المياه الزرقاء - الحول - الليزر

تصوير العين بالصدى - العدسات اللاصقة

Casablanca le : 20/06/2023 : الدار البيضاء في :

- Mr EL MAKTOUN Wassime

- C2: consultation spécialisée = 150 Dh

+

- K20:

o gonioscopie + tonométrie = 100 dh

Reçu en espèces la somme

de deux cent cinquante dirhams.

DR RAZZAK AWATIF

Dr. Awatif RAZZAK
Ophtalmologue
Bd. Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine
1er étage, Casablanca - Tél: 05 22 60 73 38

شارع ابن تاشفين، زنقة زينب إسحاق، رقم 35، إقامة رياض ابن تاشفين، الطابق الأول، لافيليت - الدار البيضاء

Bd Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine, 1^{er} étage, la Villette - Casablanca

☎ 05 22 60 73 38

✉ rawatif@gmail.com