

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : RAM AGUSO3

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASR SELAH

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : RUE 33 N° 36 ALIA AL-OULFA - CASA

Tél. : 0662807355 Total des frais engagés : 6430 Dhs

■ Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/05/2013

Nom et prénom du malade : NASR SELAH Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : Centre Allal Ben Abdellah Le : 10/05/2013

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

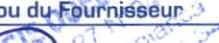
MUPRAS 10 JUIN 2013

Centre d'Ophtalmologie et de Chirurgie Oculaire Ambulatoire Dr. S. SADIGHI, Casablanca, 32 Rue Achrafieh Ameziane, 05 22 22 36 31

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
15/15/2023	GS	-	300.00	
15/15/2023	Fe. 10/2023	-	300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE Alia 1, Rue 27 El Oulfa - Casablanca Tel : 06 22 33 33 33	15/05/23	244,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

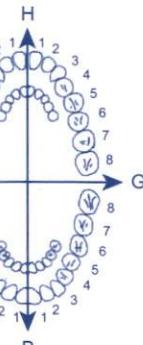
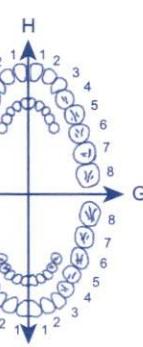
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D		B	
				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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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**

CHIBRO-CADRON
Cillyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Sur rendez-vous

15 mai 2023

بالميعاد

Mr NASR Salah

CHTBROCADRON collyre QSP

1 goutte 4 fois par jour pdt 10 jours ensuite 1 gtté x 2f/j pdt 10j , dans les deux yeux

ZALERG collyre QSP

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHYLARM dosette _____ QSP

4 gttex4f/j à garder au frigo à 4°, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

MIXTEARS collyre _____ QSP
CENTRE D'ENTRETIEN

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

3, Rue Achcharif Amoziane - Casablanca
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Amoziane (face hotel Paris) 3rd stage Casablanca 20080
Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف : الفاكس : 05 22 26 46 44 - Patente n°33205674
E-mail: sadighioph@gmail.com

**CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE
OCULAIRE AMBULATOIRE**



Docteur S. SADIGHI

Diplôme de l'Université de Paris
Ancien Assistant à la Fondation Rothschild
Maladie et chirurgie des yeux
Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
Lentilles de contact - Angiographie
Laser ARGON et YAG

Chirurgie de la Myopie Par Laser Excimer
Pachymétrie
Topographie cornéenne
Chirurgie plastique de la paupière et des rides

DOCTEUR S. SADIGHI

Casablanca le 15/05/2023

Je soussigné certifie avoir examiné et suivi le cas de Mr NASR Salah .

Les frais de cet examen s'élèvent à :

**300.00 dhs : CS
100.00dhs : FO+V3M**

INP: 091122424
OPHTALMOLOGIE
DR.SADIGHI

**Le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé
En main propre pour servir et valoir ce que de droit.**

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