

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 radiqs 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



Déclaration de Maladie
N° M21- 0033190

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : RAN 169803
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YAQUOT ABDELHAK
 Date de naissance : 28-11-60
 Adresse : 4 RUE MOHAMED FAKIR - CASABLANCA 20000
 Tél. : 0661 322422 Total des frais engagés : 26000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE**
 Docteur S. SADIGHI
 1, Rue Achcharif Ameziane - Casablanca
 Tél : 05 22 22 31 45 - 05 22 22 35 31
 Date de consultation : 13/07/2023
 Nom et prénom du malade : YAQUOT ADAT HUSSEIN Age : 60
 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 : 13/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :
 Docteur S. SADIGHI
 1, Rue Achcharif Ameziane - Casablanca

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 Règlement des Actes
13/07/23	CS	—	300 dh	<p> CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE 31, Rue Achchaf Anzalone - Casablanca TEL : 06 64 63 72 78 </p>
13/07/23	60 + V3 N	—	100 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
EYES CENTER SARL AU 20, Rue Ibnou Majat Maarif Casablanca TEL : 06 64 63 72 78	22/07/2023	4200 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

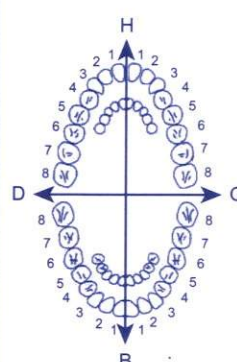
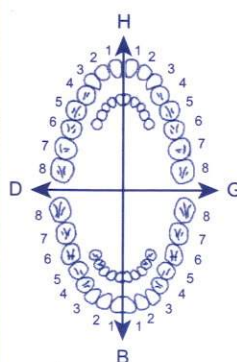
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				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**



الدكتور صديقي ش
كبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقاً بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون

قصر البصر وضعف البصر

بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك

جراحة عدسات العين (الجلالة)

لازير أركون و ياكتر

علاج الجلوكوما الليزر ديود

Sur rendez-vous

13 juillet 2023

بالميعاد

Mr YAQUOT Adam HUSSEIN



DE LOIN :

OD = (160° , - 0.75) - 6.50

OG = (165° , - 1.00) - 7.50

DR.SADIGHI
OPHTALMOLOGUE
INP: 091122424

Monture + verres organiques anti-reflets, anti-UV

EYES CENTER SARL AU
120, Rue Ibnou Majat Maârif
Casablanca
Tél. : 06 64 68 72 78

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 رفقة الأمير مولاي عبد الله و 3. رفقة 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

EYES CENTER
120 Rue Ibnou Majat
Maarif Casablanca

120 rue ibnou majat maarif
20230 CASABLANCA
Tél: 0664687278

FACTURE COMPL. N° : F23/0071

Date : 27/07/2023

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **YAQUOT ADAM**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

ID :

En date du :

EYES CENTER SARL AU
120, Rue Ibnou Majat Maarif
Casablanca
Tél.: 06 64 68 72 78

Corrections :

VL D. Sph: -6.50 Cyl: -0.75 Axe: 160°

VL G. Sph: -7.50 Cyl: -1.00 Axe: 165°

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 65%	Compl.	Assuré
VERRE SELON PRESCRIPTION MEDICALE	900.00					900.00
VERRE SELON PRESCRIPTION MEDICALE	900.00					900.00
MONTURE OPTIQUE	800.00					800.00
TOTAL	2600.00					2600.00
NET A PAYER par l'assuré	2600.00					

Mentions légales

ICE 003115978000089

INPE 065040032

EYES CENTER SARL AU
120, Rue Ibnou Majat Maarif
Casablanca
Tél.: 06 64 68 72 78

**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



Casablanca le 13/07/2023

Je soussigné certifie avoir examiné et suivi le cas de Mr YAQUOT
Adam .

Les frais de cet examen s'élèvent à :

300.00 dhs : CS

100.00dhs : FO+V3M

DR.SADIGHI
OPHTALMOLOGUE
INP: 091122424

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 Achchoum - Casablanca
Tél: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31