

## 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.

N° W19-475246

59488

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3707	Société :	Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Y.AZIZI ABOU LIAZID	
Date de naissance :		28-11-60	
Adresse :		15 AVENUE N° 115 RUE ALLAL BEN ABDELLAH CASABLANCA	
Tél. :		05 22 20 45 45 Total des frais engagés :	
		5805 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Docteur S.SADISHI Ophthalmodologie 3, Rue Achrafieh Ameziane Casablanca 00174418200004			
Cachet du médecin :		12 FEV. 2021	
Date de consultation :		ACCUEIL	
Nom et prénom du malade :		SADIKI Louisa	
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		Asthma	
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 : 11/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>OPTIQUE GHITA</b> <i>Opticien Optométriste</i> Takam 1, Béjaïha Tadifine N° 452 - La Rabta Tél: 05 22 60 34 37 - GSM: 06 67 82 97 83 <b>INPE : 095 012357</b>	28/12/2020	+ 5500,00 DHS

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODD.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

# OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1  
N°454 - EL Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
Patente : 32825428



# نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية  
شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1  
رقم 454 - الحسي المحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
الباتننا: 32825428

N° 002911

Ordonnance de M.le Docteur :

Sadighi

N° DE nomenclature .....

Correspondant à la prescription .....

LOIN	O.D: +1,50 (-1,75 -0,80) O.G: +1,00 (-1,25 -0,40)	PRES	O.D: Add: +2,00 O.G:
------	--	------	-------------------------

## FOURNITURE

Monture : 1 Monture 1x1700 1700,00

Verres : 2 Verres progressifs selon prescription 2x1900 3800,00

Etuis : ..... 5500,00 Dhs

Total : +5500,00 Dhs

Cinq Mille Cinq Cents DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 28/12/2020

M. ou Mme : Sadighi Laila

ICE: 001789511000067 - IF: 40151582 - RC: 37 20 42 CNSS: 173923031

OPTIQUE GHITA  
Optician Optométriste  
Hakam 1, Bd Youssef Ben Tachfine  
N°452 - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 39-GSM: 06 69 00 97 85

# 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 صديغي ش  
طيب العيون

خريج جامعة باريس  
مساعد سابقًا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون  
قصر البصر وضعف البصر  
بأشعة الليزر إكسيمير ولازيك  
جراحة عدسات العين (الجلالة)  
لазير أركون و ياكتر  
علاج الجلوkom الليزر ديدود

Sur rendez-vous

91

SAB. 25

-

-

-

١٤٢٥١٢١٢٥٢٦

Docteur S. SADIGHI

Ophthalmologue

3, Rue Achcharif Ameziane

Casablanca 00000023

Tel : 0017441820000023

I.C.F : 0017441820000023

Tel : 05 22 22 36 31 - 05 22 27 31 45

دكتور

OD:  $(25^\circ - 1.75) + 1.50$

OU:  $(45^\circ - 1.25) + 1.50$  OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 39-GSM: 06 69 00 97 85

دكتور

OD G: ACH.L. + 2.00

Dr. S. Sadighi  
Ophthalmologue

Centre de chirurgie oculaire  
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (badia inter Paris) Casablanca 20080  
Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - le téléphone : 05 22 26 46 44 - Fax: 05 22 26 46 44  
E-mail: sadighioph@gmail.com

دكتور ساديجي ش  
3, Rue Achcharif Ameziane  
Casablanca 00000023  
I.C.F : 0017441820000023  
Téléphone : 05 22 27 31 45  
fax : 05 22 26 46 44  
E-mail : sadighioph@gmail.com