

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 062548

ND: 87801

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10191 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AHMED LAHCEN

Date de naissance :

Adresse : 3 Rue Hassan II No 1 Casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2019

Nom et prénom du malade : AHMED LAHCEN Age :

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

Nature de la maladie : Aff. 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/12/2011	U		300,00	
20/12/2011	V.S.		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

8/10/2011 2800,00 DH
Deux mille huit cents

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

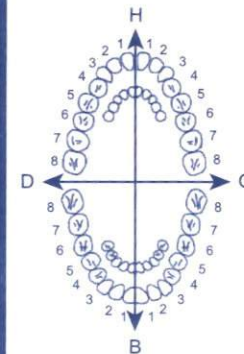
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 MULTISPOUT** et **YAG Laser SLT**

Angiographie **Numérisée**

Topographie et **Pachymétrie**

Traitement de **Glaucome** au **Laser Diode**



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 (الجلد)

لازير أركون و ياكز

علاج الجلوكوما الليزر ديود

ATIF Lahcen

Sur rendez-vous

بالميعاد



090002023

DE LOIN

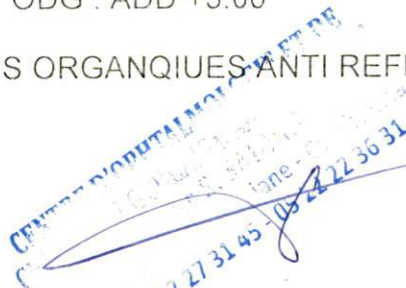
Oeil Droit : $(95^\circ -1,25) + 3,00$

Oeil Gauche : $(75^\circ -2,00) + 2,50$

DE PRES

ODG : ADD +3.00

VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTI REFLETS ANTI UV



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

Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Mezziane (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

Facture

N° 00002424

Alpha optique

Casablanca, le 8/10/2021

Client : ATIF LAHCEN

Mode de règlement : espèce

Quantité	Désignation	P.U.	P. Total
1	Monture saint michel	1000.00	1000.00
2	Vers Progressifs organiques anti Reflets Anti UV OD: (95° - 1.25) + 3.00 OG: (75° - 2.00) + 2.50 add: +3.00	1800.00	1800.00
Arrêtée la présente Facture à la somme de :		Total TTC	2800.00
Deux - mille huit cents dh		Dont T.V.A 20%	

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE



Docteur S. SADIGHI

Diplômé de l'Université de Paris
Ancien Assistant à la Fondation **Rothschild**

Lentilles de contact - Angiographie - Laser ARGON - Laser YAG

Chirurgie de la Myopie Par Laser Excimer

Topographie cornéenne - Pachymétrie

Chirurgie plastique de la paupière et des Rides

Sur Rendez-vous

LE20/09/2021

certificat médical

Je soussigne certifie avoir examiné et suivie le cas de **MR ATIF LAHCEN**

chez qui j'ai effectué une consultation + FO+V3M
Les frais s'élèvent à :

300 dhs -----consultationrs -----

300 dhs -----FO+V3M

Certificat s'élèvent en main propre pour servir et valoir ce que de droit

DR SADIGHI

Angle rue Prince Moulay Abdellah et 3 rue Achcharif Ameziane (ex rue Branly) 3^e étage - CASABLANCA/MAROC
PATENTE N° : 33205674 - CNSS : 1158197 - ICE : 001744182000004 Sadighiopht@hotmailom - Tél. : 27-31-45/22-36-31 - FAX. 022 26 36 44

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
Docteur S. Sadighi
3, Rue Achcharif Ameziane
Tél: 05 22 27 31 45 - 05 22 27 31 45