

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

cions 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.

Médecine 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.

Éducation :

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Matricule : 10191 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ATIF Lahcen

Date de naissance :

Adresse : 3 Rue de Agoudin N. 1 casa

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2021 Nom et prénom du malade : ATIF Lahcen Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ATIF Lahcen

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) :



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
25/12/2011	US	-	300000	Docteur S. SNOOGH Rue Achrafieh - Beyrouth T 01 22 21 30 45 22 36 31 DOCTEUR S. SNOOGH CLINIQUE AFRICAINNE Docteur S. SNOOGH Beyrouth - Casablanca T 01 22 21 30 45 22 36 31
25/12/2011	VS	-	250000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél: 03 22 22 02 20 Montant de la Facture
 Opticien - Optométriste	81/10/2021	2800,00 D.Fr. Deux mille huit cent

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
TA OPTI n - Opt Koir S Stéphane C TOM - TAVI - 100-000	2015	NAT	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) from a lateral perspective. It features two dental arches, one upper and one lower, each containing 12 numbered teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 on the left side and 1 through 8 on the right side. The lower arch has teeth numbered 1 through 4 on the left side and 1 through 4 on the right side. The teeth are arranged in a curved pattern along the arches. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, indicating the direction of the upper arch. A horizontal arrow labeled 'D' on the left and 'G' on the right indicates the direction of the lower arch. The entire diagram is centered around the midline of the mandible.

[Création, remont, adjonction] onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 **TAC Laser SLT**

Angiographie **Numérisée**

Topographie et Pachymétrie

Traitements de **Glaucome au Laser Diode**

ATIF Lahcen

Sur rendez-vous

الدكتور صديقي ش
طبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابق بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسير ولازيك

جراحة عدسات العين (الجلامدة)
لازير أركون و ياكثر
علاج الجلوكوما الليزر ديدود

بالسيعاد



090002023

DE LOIN

Oeil Droit : (95° -1,25) + 3,00

Oeil Gauche : (75° -2,00) + 2,50

DE PRES

ODG : ADD +3.00

VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTI REFLETS ANTI UV



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

Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif El Ameziane (face hôtel Paris) 3^{ème} étage - Casablanca 20080

Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف : 05 22 26 46 44 - الفاكس : Patente n°33205674

E-mail: sadighioph@gmail.com

Facture

Alpha optique

N° 00002424

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	Venes 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 :

Deux-mille huit cent dinars

Total TTC 2800.00

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 -----consultations -----

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 : 00174418200004 Sadighioph@hotmai.com - Tél. : 27-31-45/22-36-
31 - FAX. 022 26 36 44