

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5482

Société :

PTM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mouloud Goumki mustapha

Date de naissance :

03-04-1968

Adresse :

mine

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade :

Alfa

Age :

31

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

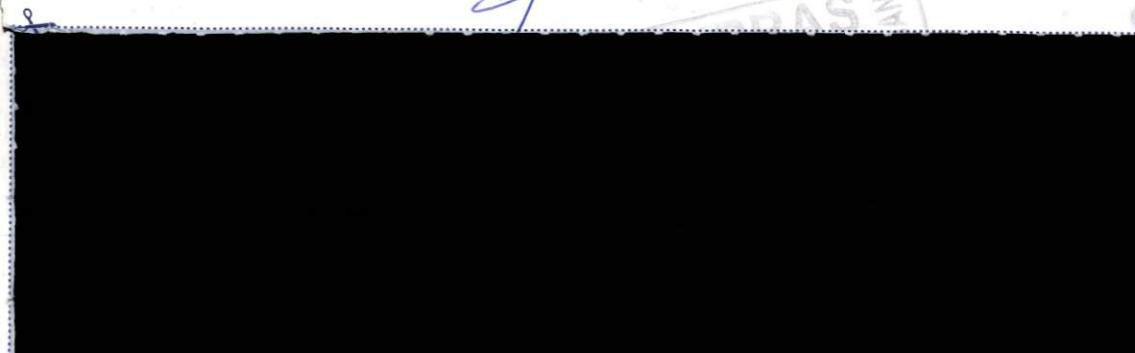
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 07 NOV. 2023

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
04/10/2014	6	-	300.00	
04/10/2014	7	-	100.00	
04/10/2014	8	-	100.00	
04/10/2014	9	-	100.00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. DIAW ABDELLAH	04/10/2023	344,40

## 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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# 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

- 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

M22- 0007706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8482

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOULOUA MUSTAPHA

Date de naissance : 03-06-1958

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 33000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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) : ...

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0007706

miwa

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8482

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : 33000

Date de dépôt : 26-10-13

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>OPTICAL</i> 1, RUE DES OPTICIENS - 75013 PARIS Tél: 01 33 89 99 00 / 03 22 50 20 20	<i>16/10/23</i>	<i>3300,10</i>

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, 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

Femtosecond - SMILE - Lasik - PKR

Cataracte par Phaco

Lentilles de Contact

Laser ARGON et YAG

OCT papillaire et maculaire

Angiographie Numérisée Hidelberg

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

Agréé par l'état



الدكتور صديقي ش  
لبيب العيون

خريج جامعة باريس

مساعد سابق بمستشفى روتшиلد

أمراض وجراحة العيون

قصر البصر وضعف البصر

بأشعة الليزر إكسيمير ولازير

جراحة عدسات العين (الجلالة)

لазير أرثرون وباك

الجيوكرافيا رقمية

المياه الزرقاء الليزر ديد

بالميعاد

معتمد من طرف الدولة



QSP

04 octobre 2023

Mme KANDIL Mina

13500  
13500  
HYDRAMED night gel



1 app le soir au coucher , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

2345  
2345  
OPTIPRED collyre

QSP

1 GOUTTE X 4 / J pendant 10 jours

et puis 1 gttex3f/j pdt 10j suivantes , dans les deux yeux,

18900  
18900  
BLEFARETTE lingettes

QSP

344140

à mettre dans un verre d'eau chaude puis sur les paupières fermées  
puis massage , dans les deux yeux

صيدلية مولاي عبد الله  
PHARMACIE MY ABDELLAH  
زنقة 300 رقم 98 عين الشق  
(مستشفى محمد السادس السقاط)  
الهاتف : 05.22.21.73.64

3, Rue Achchaf Ameziane - Casablanca  
05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31  
Docteur S. SADIGHI

3

4

5

6

7

8

9

زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (متلقي فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء  
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3<sup>ème</sup> étage - Casablanca 20080  
Tél.: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف : 05 22 26 46 44 - Fax: 05 22 26 46 44 - Patente n°33205674  
E-mail: sadighioph@gmail.com



# 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

Femtosecond - SMILE - Lasik - PKR

Cataracte par Phaco

Lentilles de Contact

Laser ARGON et YAG

OCT papillaire et maculaire

Angiographie Numérisée Hidelberg

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

11 octobre 2023

Agréé par l'état

Mme KANDIL Mina

الدكتور صديقي ش  
لبيب العيون

خريج جامعة باريس  
مساعد سابق بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون  
قصر البصر وضعف البصر

بأشعة الليزر إكسيمير ولازير

جراحة عدسات العين (الجلالة)

لазير ارثرون و ياك

الجيوكرافى رقمية

المياه الزرقاء الليزر ديوود

بالميعاد

معتمد من طرف الدولة



090002023



LOT : M0059  
EXP : OCT 2026  
PPV : 171,80 DH

171,80

CIPROXINE 500 mg comprimé enrobe sécable QSP

1 cp matin et soir pdt 5j

35,70

TOBRADEX: collyre cl QSP



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/NT0  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

4C

135,00

EOLE dual QSP

PPC : 135,00

1 gttex4f par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

PHYLARM dosette QSP



HER MEDIC  
PPC  
104.00 DH

4 gttex4f/j à garder au frigo à 4°, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3<sup>ème</sup>  
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3<sup>ème</sup> étage - Casablanca 20080  
Tél: 05 22 22 36 31 / 05 22 27 31 45 - الهاتف : 05 22 26 46 44 - Fax: 05 22 26 46 44 - Patente n°33205674  
E-mail: sadighioph@gmail.com

# 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

Femtosecond - SMILE - Lasik - PKR

Cataracte par Phaco

Lentilles de Contact

Laser ARGON et YAG

OCT papillaire et maculaire

Angiographie Numérisée Hidelberg

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

Agréé par l'état



الدكتور صديقي ش  
محبب العيون

خريج جامعة باريس  
مساعد سابق بمستشفى روتشفيلد

أمراض وجراحة العيون  
قصر البصر وضعف البصر  
بأشعة الليزر إيكسيمر ولازيك

جراحة عدسات العين (الجلالة)

لазير اركون و ياك

الجيوكرافى رقمية

المياه الزرقاء الليزر ديوود

بالميعاد

معتمد من طرف الدولة



04 octobre 2023

Mme KANDIL Mina

DE LOIN :

OD = + 0.50

OG = + 0.50

DE PRES :

ODG = Add : + 2.50

Monture + verres progressifs organiques anti-reflets, anti-UV

+ polaroides



# OPTICALS CITY

Facture N° :

Nº 004272

Casablanca, Le : 16.10.23

M

NE 004612  
Kandice Ding

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur	O.D. .... O.G. ....	O.D. .... O.G. ....	O.D. .... O.G. ....

## FOURNITURES :

## MONTURES :

91.007 C

500L

## VERRES :

Progress has been made in the

ANITA THOMSON.

## Vision de Loin :

908

$\neq 0$

0 G

1

## Vision de présentation

OD:

0 G.

$$A_{766} = 215$$

140.

**TOTAL :**

32001 INPE 0951  
tei:pm

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

1 RES LES ROSIERS ETG MAG APT 34 ANG BD DAKHLA ET AL QODS - Tél.: 05 22 50 20 20 -

IF : 25 00 58 35 / ICE : 001988163000078 - RC : 392701 - Patente : 340

# 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

DR.SADIGHI  
OPHTALMOLOGUE  
INP: 091122424

Casablanca, le 04/10/2023

Je soussigné certifie avoir effectué ce jour à Mme KANDIL Mina UNE OCT  
NUMERISEE.

Les frais de cet examen se sont élevés à MILLE DEUX CENT (1.200,00) DIRHAMS,  
détaillés comme suit :  
OPHK 80 (TOMOGRAPHIE PAR COHERENCE OPTIQUE) = 1.200,00 Dhs

La présente facture est acquittée à la somme de MILLE DEUX CENT (1.200,00)  
Dirhams.

Dr. S. SADIGHI

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE  
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE  
Docteur S. SADIGHI  
Rue Achour, 10, 10ème étage - Casablanca  
Tél: 05 22 27 33 45 - 05 22 27 36 31

# 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

SUR RENDEZ-VOUS

CASABLANCA LE 04/10/2023

Mme KANDIL Mina  
COMPTE RENDU OCT

L'OCT maculaire montre :

OD :

- Entonnoir fovéolaire respecté
- Anatomie des couches rétinienennes respectée
- Epaisseur centrale : 263 $\mu$ m

OG :

- Entonnoir fovéolaire respecté
- Anatomie des couches rétinienennes respectée
- Epaisseur centrale : 270 $\mu$ m

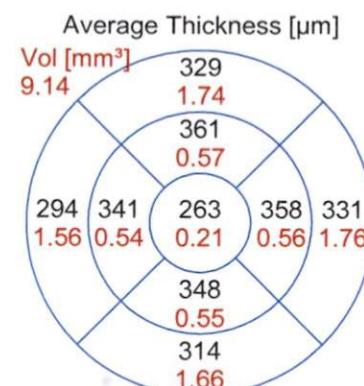
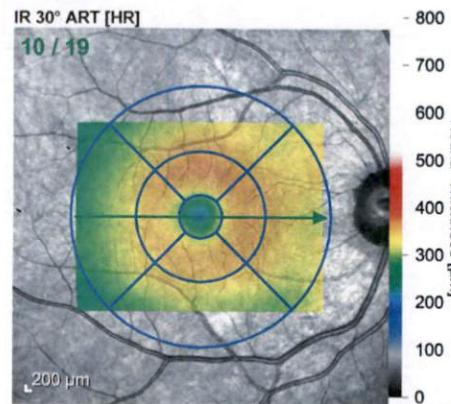
CHIRURGIE D'OPHTALMOLOGIE  
Rue Docteur S. SADIGHI  
Tél: 05 22 31 45/022 27 31 45  
3<sup>ème</sup> étage, Casablanca - PATENTE N° : 33205674. CNSS: 1158197. Tél. : 022 27-31-45/022 22-36-31. E-mail : sadighioph@yahoo.fr

Patient: KANDIL, MINA  
Patient ID: 56149  
Diagnosis: ---

DOB: 01/janv./1958  
Exam.: 04/oct./2023  
Comment: ---

Sex: F

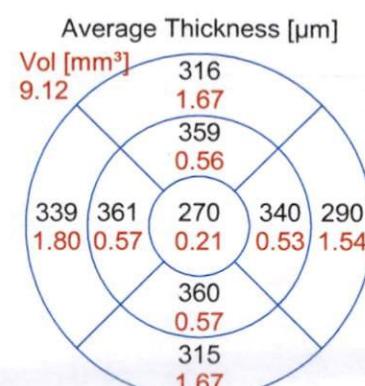
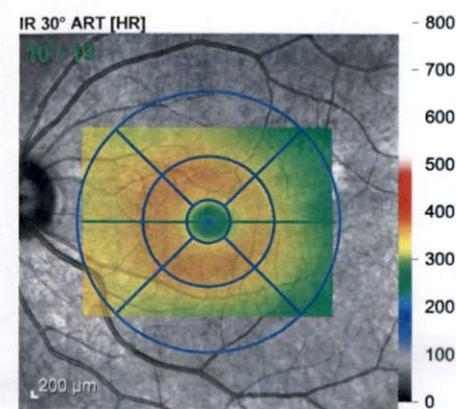
OD



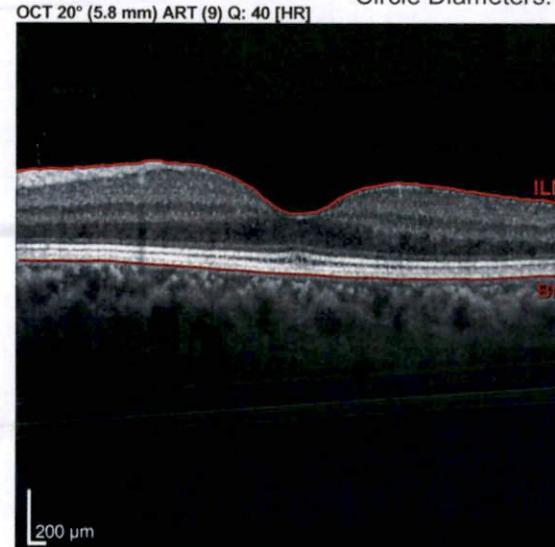
Center: 222 μm  
Central Min: 217 μm  
Central Max: 320 μm  
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS



OS



Center: 217 μm  
Central Min: 217 μm  
Central Max: 329 μm  
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS



Notes:

Date: 04/10/2023

Signature: