

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0032761

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3707 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YAZOUZ ABDELILAH A23705  
 Date de naissance : 28-11-60  
 Adresse : 4 RUE MOHAMED FAKIR 20000 CASABLANCA  
 Apt 412 CASABLANCA  
 Tél : 0661 322 422 Total des frais engagés : #1500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/11/2019  
 Nom et prénom du malade : YAZOUZ ABDELILAH Age : 56  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD  
 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 : CASABLANCA Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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 lien entre les Actes
20/11/2013	U	-	300 DH	<p> <b>CENTRE D'HOPITALITE, SOINS ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBLYOPE</b>  <b>Docteur S. SADICHI</b>  Rue Achcharif Ameziane - Casablanca  Tél: 0622 27 21 46 / 0622 27 26 31 </p>
20/11/2013	FO + U37	-	100 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Réception
<b>EYES CENTER SARL AU</b> 120, Rue Ibnou Majat Maârif Casablanca Tél: 06 64 68 72 78	20/11/2013	100 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

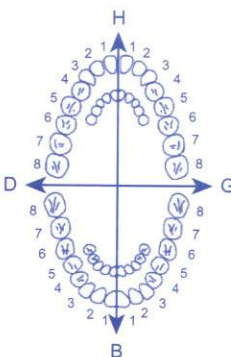
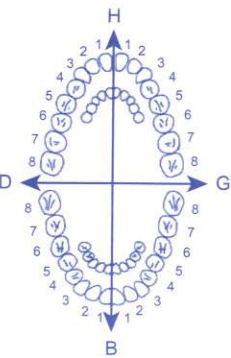
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<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"/>															

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 Haidelberg

Topographie et Pachymétrie

Traitement de Glaucome au Laser Diode et SLT

Sur rendez-vous

Agréé par l'état

الدكتور صديقي ش  
هسيب الميوني

خريج جامعة باريس  
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون  
قصر البصر وضعف البصر  
بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك  
جراحة عدسات العين (الجلالة)  
لازير اركزون و ياك  
الجيوكرافي رقمية  
المياه الزرقاء الليزر ديود

بالميعاد

1. 20/11/2023

معتمد من طرف الدولة

7<sup>th</sup> SABRI LAICA



090002023

EYES CENTER SARL AU

120, Rue Ibnou Majat Maârif  
Casablanca

Tél. : 06 64 68 72 78

00' (25° - 1.75) + 2.00

04' (45° - 1.00) + 1.25

Vues corrigées

Al. flls au

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE  
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE  
Docteur S. SADIGHI  
Rue Achcharif Ameziane - Casablanca  
Tél.: 0522 27 31 45 / 0522 22 36 31

زاوية زقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زقة الشريف أمزيان (مقابل 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 - 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° : F23/0146

Date : 20/11/2023

**BENEFICIAIRE**

Nom et prénom : **SABRI LAILA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

ID :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: +2.00 Cyl: -1.75 Axe: 20°

VL G. Sph: +1.25 Cyl: -1.00 Axe: 40°

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 65%	Compl.	Assuré
VERRE SELON PRESCRIPTION MEDICALE	300.00					300.00
VERRE SELON PRESCRIPTION MEDICALE	300.00					300.00
MONTURE OPTIQUE	500.00					500.00
<b>TOTAL</b>	<b>1100.00</b>					<b>1100.00</b>
<b>NET A PAYER par l'assuré</b>	<b>1100.00</b>					

**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

**N.R. RENDEZ-VOUS**

Casablanca le 20/11/2023

Je soussigné certifie avoir examiné et suivi le cas de **SABRI Leila** .

Les frais de cet examen s'élèvent à :

300.00 dhs : CS

100.00dhs : FO+V3M

Le présent certificat est délivré à la demande de l'intéressé  
En main propre pour servir et valoir ce que de droit.

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

OPHTALMOLOGUE  
INP : 091122424

OPHTALMOLOGUE  
INP : 091122424  
**DR. SADIGHI**

**CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE  
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE**  
Docteur S. SADIGHI  
3, Rue Achcharif Ameziane Casablanca  
Tél. 06 64 68 72 78