

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-431696

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 04930	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BABA HASSAN
Nom & Prénom : BABA HASSAN			
Date de naissance : 07/3/64			
Adresse : Hab. Kell			
Tél. 0666199917 Total des frais engagés : 230.00 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE Docteur S. SADIGHI 3, Rue Achchaïf Ameziane - Casablanca Tél: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31			
ACCUEIL FUSK			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/10/19			
Nom et prénom du malade : MOUSTAFA FATHI			
Lien de parenté : Affect. ou fils Lui-même			
Nature de la maladie : Affect. ou fils			
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 : **Carap** Le : **07/10/19**
Signature de l'adhérent(e) **SALHAF**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-431696
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 : **04930**
Nom de l'adhérent(e) : **BABA HASSAN**
Total des frais engagés : **230.00**
Date de dépôt : **30/10/19**

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
26/05/10	(6)	-	112,50€	<p style="text-align: right;">INP INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE</p> <p style="text-align: right;">31/05 - 05/06 Centre de Santé et de Recherche Médicale de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale</p> <p style="text-align: right;">CHIRURGE DENTAIRE</p> <p style="text-align: right;">CENTRE DE SANTÉ ET DE RECHERCHE MÉDICALE</p> <p style="text-align: right;">INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AL HADID Hay Raja 1, Rue 8 N° 1 Tél : 022 77 72 54 CURNAZEL - CASABLANCA	26-3-19	715,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr H. EL HIDAYA OPTIQUE EL HIDAYA 05 40 05 35 33 : LILY	01/07/19					1800 FC

VOLET ADHERENT

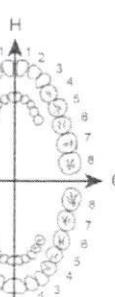
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>
				
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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 YAG
Angiographie Numérisée
Topographie et Pachymétrie
Traitement de Glaucome au Laser Diode

Sur rendez-vous

- Monoprost Density

715/60

Facile à recevoir

الدكتور صديقي ش
حبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابق بمستشفى روتشفيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
أشعة الليزر إكسيمير ولازير
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لазير أركون و ياثر
علاج الجلوكوما الليزر ديدو

بالميعاد



3, RUE Achchaf Amziane - 05 22 22 31 45 - 05 22 22 36 18
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE
PHARMACIE AL JANDA
Hay Raja 1, Rue 6 N° 1
JOURNAZEL CASABLANCA
Tél : 05 22 22 36 18
fax : 05 22 26 46 44
E-mail : sadighiopht@gmail.com - Patente n°33205674 - ICE : 001744182000004

زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Ameziane (face hôtel Paris) 3^{ème} ét.
Casablanca 20080 - Tél.: 05 22 22 36 18 / 05 22 27 31 45 - Fax: 05 22 26 46 44
الفاكس: 05 22 26 46 44 - E-mail: sadighiopht@gmail.com - Patente n°33205674 - ICE : 001744182000004

26084307

Lot / EXP :

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH
AMM Maroc N°496/17 DMP/21/NNP



6118001072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP n°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26084307

Lot / EXP :

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH
AMM Maroc N°496/17 DMP/21/NNP



6118001072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP n°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26084307

Lot / EXP :

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH
AMM Maroc N°496/17 DMP/21/NNP



6118001072583

Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP n°1, 27182 Bouskoura, Maroc

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
Angiographie Numérisée
Topographie et Pachymétrie
Traitement de Glaucome au Laser Diode



الدكتور صديقي ش
طبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقاً بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون
قصر البصر وضعف البصر
بأشعة الليزر إكسيمير ولازريك
جراحة عدسات العين (الجلالة)
لазير أركون و ياكير
علاج الجلوكوما الليزر ديدود

Sur rendez-vous

1. 26/02/19

بالميعاد

Q. 300 BAB A

Sal



2. 5/03

OO: (85° - 1,25) + 0,75

(105° - 0,75) - 1,25



Dosis

OO: ALC. + 3,75

Vues moyennes physiques

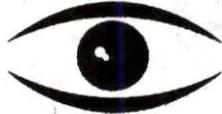
زاوية زنقة الأمير عبد الله بن الحسن شريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Amziane Place hotel Paris 3^{eme} ét.
Casablanca 20080-Tél.: 05 22 22 36 31/05 22 27 3145 - الهاتف: 05 22 26 46 44 -fax: 05 22 22 36 21
الفاكس: 05 22 22 36 45 -E-mail: sadighioph@gmail.com - Patente n°332056743 -AGE : 001744182000004

OPTICAL HIDAYA

نظارات الهدایة

Facture

No. 000654



Date: 01/08/2019

Nom : BABA Fatima

Ordonnance de Mr le Docteur: S. Saïghi

Mode de Paiment :

Chèque

Espèce



Arrêtée la présente Facture à la somme de : 25. mille trois cents

Jamila 3 Rue 16 N°8 C.D. - Casablanca - Tél : 0522 59 49 20

E-mail : optique.alhidaya@gmail.com