

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes s'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous couvert confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN VENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétées en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnements
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1597701

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : YARVUT ABDELILAH
Matricule : 3707 Fonction : IN Poste : DOA
Adresse : 4 av. 7 novembre des droits de l'homme 20420 Casablanca
Tél. : 0661 322422 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : YARVUT ABDELILAH Age 11 02 09
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : [Signature]
Nature de la maladie : [Signature]
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances [Signature]
A [Signature] le 13 03 19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

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
08/03/2019	AVANCE	-	800 000	
08/03/2019	AVANCE	-	800 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	08/03/2019					200000

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANT DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		Coefficient DES TRAVAUX
		H																							
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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 MULTISPOT** et **YAG**
Angiographie Numérisée
Topographie et **Pachymétrie**
Traitement de **Glaucome** au **Laser Diode**

الدكتور صديقي ش
صيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون

قصر البصر وضعف البصر

بأشعة الليزر (الليزر) ولان

جراحة عدسات العين (الجلوكوما)

لازير آر كونا و باسكولوما

علاج الجلوكوما الليزر ديون

Casablanca, le mercredi 18 mars 2019

YAQUOT Adam

Sur rendez-vous

بالميعاد



090002023

DE LOIN

Oeil Droit : (160° -0,50) -6,25

Oeil Gauche : (170° -0,75) -7,25

VERRES ORGANIQUES AMINCIS

ANTI RELFTES ANTI UV



زاوية رفقة الأمير مولاي عبد الله و 3, رفقة 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} 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

Nom et Prénom : YAQUOT ADAM

Date : 08/04/2019

VISION DE LOIN	VISION DE PRES
OD : sph -6.25 Cyl (-0.50 à 160°)	OD : sph Cyl
OG : sph -7.25 CYL (-0.75 à 170°)	OG: sph Cyl

DOUBLE FOYER ☐

PROGRESSIF ☐

OD : SPH

CYL

ADD :

OG : SPH

CYL :

ADD

Quantité	Désignation	Prix (dh)
1	Monture : PLASTIQUE	1000
2	Verres : organiques antireflet amincis	1000

Montant en lettre : arrêtee la présente facture
à la somme de : deux mille dirhams TTC

Total (TTC)

2000

(TVA) 20%

333.33

Cachet & signature

GUESSOUS OPTIC
314, Bd Abdelmoumen
Résidence Beni Znassen II
CASABLANCA
Tél./Fax: 022.25.87.46

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

Le 03/03/2019
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
Docteur S. SADIGHI
3, Rue Achcharif Ameziane - Casablanca
Tel: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31

08 AVR 2019

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigne certifie avoir examiné et suivi le cas de MR YAQUOT ADAM

Les frais de cet examen à :

300 .00 dhs : CONSUTATION

300.00 dhs : FO ND D'ŒIL

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

Signature
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE ET DE
CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE
Docteur S. SADIGHI
3, Rue Achcharif Ameziane - Casablanca
Tel: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31