

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-431696

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

04930

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BABA HASSAN

Date de naissance :

27/3/64

Adresse :

Habituell

Tél. :

066689817

Total des frais engagés :

220 Oct. 2019

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation :

30/10/19

Nom et prénom du malade :

MOUNSE FOTIMA

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Centre d'ophtalmologie et de
chirurgie oculaire ambulatoire
Docteur S. SADIGHI
3, Rue Achcharif Ameziane - Casablanca
Tél: 05 22 27 31 45 - 05 22 22 36 31

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 :

27/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 :

4930

Nom de l'adhérent(e) :

BABA

Total des frais engagés :

220 Oct. 2019

Date de dépôt :

20/10/19

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
26/02/19	6	-	350	INP : 05 22 27 31 45

EXECUTION DES PRESCRIPTIONS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAY RAJA 1, Rue 8 N° 1 BOURNAZEL - CASABLANCA Tél : 022 72 72 55	20-07-19	715,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
معدات البصريات OPTIQUE EL HIDAYA بني مازين 16 رقم 3 الهاتف : 05 40 05 35 33	01/07/19					1800,00

VOILET 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 :

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
D.O.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</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	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433553																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.			MONTANTS 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 **Laser**

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
حبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون

قصر البصر وضعف البصر

بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك

جراحة عدسات العين (الجلالة)

لازير أركون وياغر

علاج الجلوكوما الليزر ديود

بالميعاد



090002023

Sur rendez-vous

Mompresst Dentis

guelle, le si a 2th fait

soin

715,60

(traitement à revalent)



زاوية زنقة الأمير مولاي عبد الله و 3، زنقة الشريف أمزيان (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - اطار 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 31 / 05 22 27 31 45 - Fax: 05 22 26 46 44 - الفاكس:
E-mail: sadighiopht@gmail.com - Patente n°33205674 - ICE : 001744182000004



Lot / EXP :

26084307

7J67

08 2020

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



Lot / EXP :

26084307

1J80

04 2020

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

Lot / EXP :

26084307

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
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
هبيب العيون

خريج جامعة باريس
مساعد سابقا بمستشفى روتشيلد

أمراض وجراحة العيون

قصر البصر وضعف البصر

بأشعة الليزر إكسيمر ولازيك

جراحة عدسات العين (الجلالة)

لازير أركون و ياكتر

علاج الجلوكوما الليزر ديود

Sur rendez-vous

بالميعاد



090002023

900 BAB A

26/02/19

Signature

Signature

105° - 1,25 + 0,10

105° - 0,25 - 1,25

Signature

AKC.L + 3.0

vous rendez vous



زاوية زنقة الأمير عبد الله 3 (مقابل فندق باريس) الطابق 3 - الدار البيضاء
Angle Rue du Prince Moulay Abdellah et 3, Rue Cherif Amezziane (face hôtel Paris) 3^{ème} ét.
Casablanca 20080 - Tél.: 05 22 22 36 31/05 22 27 31 45 - الهاتف - Fax: 05 22 26 46 44 - الفاكس
E-mail: sadighiophth@gmail.com - Patente n°332056743 - ICE : 001744182000004

OPTIC AL HIDAYA

نظارات الهداية

Facture

N° 000654



Date: 01/08/2019

Nom : BABA Fatima

Ordonnance de Mr le Docteur: S. Saadighi

Mode de Paiement : Chèque ☐ Espèce ☒

Quantité	Désignation	Prix.U	Prix Total
01	Montre optique	600,00	600,00
02	Vers Progressif opaque Anti-reflex		
	ODS (155° - 125°) + e.f.	500,00	500,00
	OS (105° - e.f.) - 125°	600,00	600,00
	Add. +3,00		
Total : 1800,00			

Arrêtée la présente Facture à la somme de : mille huit cents

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

E-mail : optique.alhidaya@gmail.com