

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)
 - SY = 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 d'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 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 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 ENTOURIUM

REPOS EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

qui comportent un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit 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.



Couci et Rabat DATE DE DEPOT

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 584843

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BENDOURO ABDELMALEK

Matricule : - 284 - Fonction : Retraité Poste :

Adresse : HAT B 8 Secteur 7 HAY RITD RABAT

Tél. : 0661 19 10 66 Signature Adhérent : of/o

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENDOURO Abdelmalek Age 19 012 412

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 14 Juin 2019

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Rabat, le 23.04.19

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

الدكتور عبدالملاك بندر
جهاز الصحة والبيئة
الجهة الأولى
رئاسة مجلس وزراء

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ASSSEN ka (Farmacie) Tunisie 157012</i>	03/04/2019	150,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

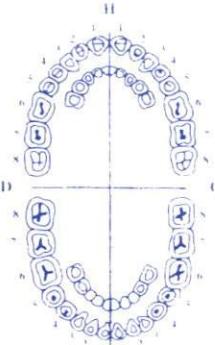
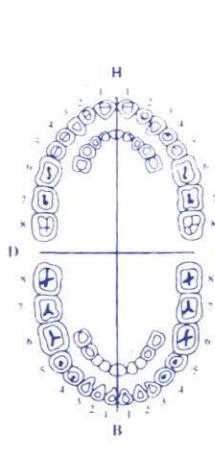
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTICIENNE BÉATRICE LAFON	16/04/2019	2	vers optique			
			1	Monture optique		
				TOTAL		970000

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													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

- Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
- Membre de la Société Européenne de la chirurgie de la cataracte et de la chirurgie réfractive
- Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
- Diplômé en Phaco-émulsification et chirurgie réfractive - Bordeaux
- Diplômé en OCT - Paris
- Diplômé en Maladies de la surface Oculaire - Brest

الدكتور هشام بنسودة
اختصاصي في طب و جراحة العيون

- خريج كلية الطب بالرباط
- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المياه البيضاء و تقويم البصر
- عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون
- جراحة المياه البيضاء بالموجات ما فوق الصوتية و جراحة تقويم البصر
- تشخيص و علاج أمراض الشبكية

03 Avril 2019

Mr. BENDOURO Abdelmalek

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

$$OD = + 4.50 (- 3.50 \text{ à } 75^\circ)$$

$$OG = + 4.50 (- 3.50 \text{ à } 90^\circ)$$

VP :

$$ODG = Add : + 3.00$$

Antireflet

ELIAN AFELLOU - RABAT
DPT 14/15/2019
N° 0001551221
Tél : 05 37 67 22 33
Add : + 3.00
ODG : + 4.50 (- 3.50 à 90°)
VL : + 4.50 (- 3.50 à 75°)
OG : + 4.50 (- 3.50 à 90°)

19، زنقة أوكيمدن، الشقة 3 - أكدال - الرباط

19, rue Oukaimden, Appartement 3 - Agdal - Rabat

INPE : 101177251 - Patente : 25772681 - Tél : 05 37 67 22 33

ALAIN AFFLELOU

OPTIQUE 15/20

FACTURE

Le 16/04/2019

A-13995/2019

M BENDOUROU ABDELMALEK

Verres

OD Verre Zem 1.67 light 300 Platinum

OG Verre Zem 1.67 light 300 Platinum 8 800,00

Monture Optique

3 402,00

Total

12 202,00

Remise

2 502,00

Net à payer T.T.C.

9 700,00

Dont T.V.A. 20%

1 616,67

Arrêté la présente facture à la somme de

neuf mille sept cents Dirhams

PARIS : 104, Avenue des Champs Elysées

RABAT : Agdal : 68 bis Avenue Fal Ould Oumeir - Tél. : 05 37 77 75 76

Souissi : Centre Commercial Mega-Mall route des Zaërs Km 4,2

Patente : 25737942 - I.F. 3333270 - R.C. 54245

www.alainafflelou.com

I.C.E
000016600000015

Dr. Hicham BENSOUDA
Chirurgien Ophthalmologue



- Lauréat de la faculté de médecine de Rabat
- Membre de la Société Européenne de la chirurgie de la cataracte et de la chirurgie réfractive
- Membre de la Société Française d'Ophthalmologie
- Diplômé en Phaco-émulsification et chirurgie réfractive - Bordeaux
- Diplômé en OCT - Paris
- Diplômé en Maladies de la surface Oculaire - Brest

الدكتور هشام بنسودة
إختصاصي في طب و جراحة العيون

- خريج كلية الطب بالرباط
- عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المياه البيضاء و تقويم البصر
- عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون
- جراحة المياه البيضاء بالمواجات ما فوق الصوتية و جراحة تقويم البصر
- تشخيص و علاج أمراض الشبكية

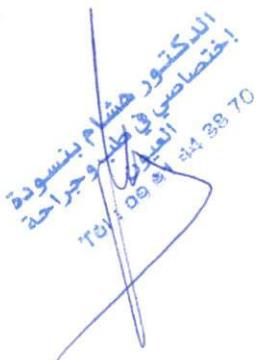
03 Avril 2019

Mr. BENDOURO Abdelmalek

HYLOCOMOD

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 3 Mois

150,00



19, زنقة أوكaimden، الشقة 3 - أكدال - الرباط

19, rue Oukaimden, Appartement 3 - Agdal - Rabat

INPE : 101177251 - Patente : 25772681 - Tél : 05 37 67 22 33

10 ml

de solution stérile
sans phosphate
pour voie ophtalmique

Libellé de la notice

HYLO-COMOD®

Hyaluronate de sodium 1 mg/ml

Pour l'hydratation de la surface des yeux secs, ayant une sensation de sécheresse, ayant une sensation de corps étrangers, en pré et post opératoire, pour les porteurs de lentilles de contact.
sans agents conservateurs

Mode et durée d'emploi:

être dosé individuellement selon vos besoins et la recommandation de votre ophtalmologue ou spécialiste des lentilles de contact. Normalement, il convient d'Hylo-COMOD®, 3 fois par jour, dans le sac conjonctival de chaque œil. En cas de symptômes très sévères, des applications plus fréquentes d'Hylo-COMOD® peuvent être nécessaires. Si vous utilisez Hylo-COMOD® très fréquemment (par ex. plus de 10 fois par jour), veuillez consulter votre ophtalmologue.

destiné à une utilisation de longue durée; toutefois, comme pour toutes les autres formes de soins de maux persistants, il vous est recommandé de consulter votre ophtalmologue.

Étirez le capuchon de l'embout du flacon avant chaque utilisation.



Avant la première application d'Hylo-COMOD®, retournez le flacon et pressez le fond du flacon (comme indiqué sur le dessin ci-après) autant de fois que nécessaire pour faire sortir la première goutte de l'embout du flacon. Le flacon est alors prêt à l'emploi. Cette opération ne doit pas être répétée avant chaque utilisation.

Maintenez le flacon en position vertical, la pointe dirigée vers le bas et pressez rapidement et fermement sur le fond du flacon pour actionner le mécanisme qui délivre une goutte. En raison de la technique particulière du système COMOD®, la taille et la vitesse de la goutte sont toujours identiques même en exerçant une pression très forte sur le fond du flacon.



Penchez la tête légèrement en arrière, tirez délicatement la paupière inférieure vers le bas et appliquez une goutte dans le sac conjonctival inférieur selon le dessin. Fermez lentement les yeux pour que le liquide puisse se répartir uniformément sur la surface de l'œil.



Après l'emploi, refermez le flacon soigneusement et rapidement avec le capuchon. Lors de l'instillation, évitez tout contact entre l'embout du flacon et l'œil ou la peau du visage.

URSAPHARM