

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie  
C = 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.
- Ce 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 pli 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 REVENTORIUM  
EJOUR EN MAISON DE REPOS  
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes libaux 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

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir 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

DATE DE DEPOT

W  
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



# MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOINS

N° 0393813

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *BOUANAYAD LYNA*  
Matricule : *3025* Fonction : *Retraité* Poste :  
Adresse : *Résidence Nebrouka Jour Az N° 9*  
Tél. : *Hay Badr 0661423843* Signature Adhérent : *[Signature]*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *LAARABI LEILA* Age :     
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *03.11.2019*

Nature de la maladie : *HYPERTENSION ET PROSTATE*

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

*25 JUIL 2019*  
*DR BOUANAYAD HAMID*  
*SPECIALISTE MALADIES*  
*PHACO ET LASER*  
*8, Rue Khémis - FES*  
*0535 62 23 43 - 0535 62 23 43*

Durée d'utilisation 3 mois

## **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
03/05/99	0	1	2700	 Dr. JEAN-PIERRE CHODAT CHIRURGE PLASTIQUE PHADOUA 8535 223 AV. RUE KLEBER PARIS 75007 FRANCE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
H			
D			
G			
B			

<p><b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANT DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																
25533412	21433552															
D	G															
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

**Docteur BOUAYAD Hamid**  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Lyon en France  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Phacoemulsification et Laser  
Tél : 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41  
INPE : 141034140

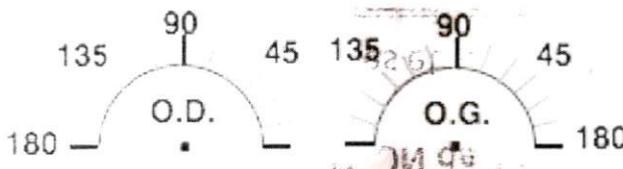


**الدكتور حميد بو عياد**  
خريج كلية الطب بليون (فرنسا)  
أخصاصي في أمراض وجراحة العيون  
علاج باشعة الليزر  
Tél : 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41  
INPE : 141034140

Fès, le ..... 03:05:2019 ..... فاس، في

LARABI LEILA

**MONTURE et VERRES PROGRESSIFS**



LOIN : Oeil Droit + 0,25   Gauche + 0,25

VISION de PRES = ADDITION de 1,50 Dioptries

Verres Organiques et Anti Reflets

Larmabak Collyre : 1 Goutte 2 Fois par Jour  
Traitement de 30 Jours

**MULTI-OPTIQUE**  
**MULTI-OPTIQUE**  
OPTICIEN-OPTOMETRISTE  
CITE ADARISSA II 30040 FES  
TEL : 05 32 02 44 79  
GSM : 06 74 95 91 67

زنقة عبد الكريم الخطابي (قبالة فندق السبلانديد) - فاس  
8, Rue khattabi (en face Hôtel Splendide) - Fès

Tél.: 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41 - E-mail : bouayadhamid@gmail.com

**Dr BOUAYAD Hamid**  
SPECIALISTE MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX  
ECHO ANGIO LASER  
8, Rue Khattabi Face Hôtel Splendid  
FES - TÉL 0535 62 23 43

# MULTIOPTIQUE

FACTURE N° : 27//2018

DATE : 06//05/2018

NOM & PRENOM : Mme LARABI LEILA

PRESCRIT PAR : DR BOUAYAD HAMID

ARTICLES	QTE	PRIX HT	PRIX TTC
VERRE PROGRESSIF 1,6 AR OD : +0,25 ADD : +1,50	1	1300.00DH	1560.00DH
VERRE PROGRESSIF 1,6 AR OG : +0,25 ADD : +1,50	1	1300.00DH	1560.00DH
MONTURE OPTIQUE	1	800.00DH	960.00DH
TOTAL HT			3400.00DH
TOTAL TVA			680,00 DH
TOTAL TTC			4080 .00 DH

**MULTI-OPTIQUE**  
OPTICIEN-OPTOMETRISTE  
CITE ADARISSA II 30040 FES  
TEL : 05 32 02 44 79  
GSM : 06 74 95 91 67



N° 7 AV MED FASSI CITE ADARISSA ROUTE AIN CHKEF FES MAROC

RC: 76920 FES IF: 14403903 TPF: 14043013 CNSS: 9331084

ICE:000521203000085