

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)
 - PSY = 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 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 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
CENTRUM

SEjour EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
qui comportent un ou plusieurs échelons
de 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 venir 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



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1590655

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Azzedine Birnane

Matricule : 12023 Fonction : Manager Poste : NSR

Adresse : RES ALHAMBRA OULFA, ESSALAM FARAH

Tél. : 0561184236 Signature Adhérent : C.M.

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 18 SEP, 2019

Nature de la maladie : MUPRAS Cas de maladie de l'appareil circulatoire et effectuation d'opération

S'il s'agit d'un accident causes et circonstances : 18 SEP, 2019

A , le / / Signature et cachet du médecin

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/07/19 CS | | | G | Dr. Lamine ZAKARIA Ophtalmologiste Le Med Sahi et Rue Mansour Palmeries - Casablanca |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| BLICK OPTIC s.a.r.l. 19, Rue Abou'l'Qasar El Hante 16110 Beyrouth - 22 85 50 49 GSM : 061 219 51 56 - CASA 20500 | 29/07/19 (05/09/19) | 2200 - dh |

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 |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ODE.

| 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 | | | |
|------------------------------|------------------------------------------|----------|----------|------------------------|
| | H | 25533412 | 21433552 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | D | 00000000 | 00000000 | |
| | G | 00000000 | 00000000 | |
| | B | 35533411 | 11433553 | |
| | | | | MONTANT DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales



مصحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور لحسن زفاص

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

ORDONNANCE

29 juillet 2019

Mlle AZZOUZI Imane

Monture + verres correcteurs
Organiques

OD = - 1.75 (- 0.25 à 125°)

OG = (- 0.50 à 160°)

BLICK OPTIC s.a.r.l.
19, Rue Abou Omar El Harite
Tél./Fax : 05 22 85 50 49
GSM : 06 12 19 51 56 - CASA 20500



FACTURE N° 4351

Le ..05/09..... 20 19

BLICK OPTIC s.a.r.l.
19, Rue Abou Omar El Harite
Tél /Fax 05 22 85 50 49
I.F. 02501567 - R.C. 103235
Patente 34450450

M: AZOUZI Jmane

Ord.: Dr. Zafad, L du: 29/07/19 Doit