

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 courrant 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.

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 éloignés comportant un ou plusieurs échelons 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 revenir 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

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



M U P R A S

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

FEUILLE DE SOINS 1610404

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BEN MOUSSA YOUSSEF Fonction : C.D.B Poste : 2561
Matricule : 7809 Adresse : 19 Rue Jules Gros casse CASABLANCA
Tél. : 0661 2104 66 Signature Adhérent : *ZMY*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BEN MOUSSA YOUSSEF Firas

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : *Urgence* le *3 SEP 2013*

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

Accueil Siège/Ram

A *le 5/8/2019* le *30 AOUT 2019*

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin
DR. EL HAFIDI
Rés. El Hafidi, Appartement 12, 1er étage
Casablanca, Maroc

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
30 AOUT 2019	G		locur	Dr. MOUSSI D.S. OPHTALMOLOGISTE 76 Bd La Grande Ceinture Paris 16 ^e Appartement 113 Téléphone : 01 45 24 51

30 AUGUST 2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
1400 DH.						

1400 DH.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. EL FADIL Mourad

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux



الدكتور الغاضيل مراد

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophtalmologie

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية
لطب العيون

30 AOUT 2019

Casablanca, le: الدار البيضاء، في:

BENMOUSSA

YOUSSEF. FERASS

VERRES POUR LA VISION DE LOIN :

Oeil Droit :

+075

(-2 à 160)

Oeil Gauche :

+075

(-2 à 160)

ADDITION VISION DE PRES :

anti:

O'OPTICIA
Opticienne Optométriste
15 bis Rue Abou El Andalous
CASABLANCA
Tél: 05 22 25 55 55

Dr. MOUAD EL FADIL
OPHTHALMOLOGISTE
76 Bd. La Grande Ceinture
Rés. El Kheir, Appt. 112, 1^{er} Etage
Tél.: 05 22 61 24 52

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (جانب قسارية عزيزة)

Résidence El Khair - 76, Bd. La Grande Ceinture 1^{er} Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 61 24 52 - (à coté du Kissariat Aziza)



Mr BENMOUSSA YOUSSEF
FIRAS

Casablanca le 04/09/2019

FACTURE n° 2019/09/02

Désignation	Qté	PU TTC	TOTAL TTC
Monture :	1	600.00	600.00
Verres organiques antireflets en fort indice 1.56 OD : +0.75 (-2.00)20 OG : +0.75 (-2.00)160	2	400.00	800.00
		Montant TVA (20%)	233.33 DH
		TOTAL TTC	1400,00 DH

O'PTICIA
Opticienne Optométriste
15 bis Rue Abou Salt Andaloussi
Tel: 05.22.25.55.55

15 bis, rue Abou Salt Andaloussi, Maarif. Tel : 05.22.25.55.55 – 06.61.32.68.23
RC : 26754 – IF : 26190014 – ICE : 002112932000028 – INPE : 095021853
Mail : opticia.maarif@gmail.com

Leucophaga u 15.
Aph + 2'.

Dr. MOUERAD EL FADIL
OPHTHALMOLOGISTE
76 Bd. La Grande Ceinture
Rés. ERKHEIT-APPARTEMENT
11217 Paris
Télé: 52