

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |  |   |
|--|---|
| Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien   | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                  |
| Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute          |
| Visite de jour au domicile du malade par le médecin  | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière               |
| Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                     |
| Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       | R-Z = Electro - Radiologie  |
| Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  | B = Analyses  |
| Actes de chirurgie et de spécialistes  |   |

## 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

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                   | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                    | - L'ORTHOPEDIE                    |
| L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION                  |
| SEJOUR EN MAISON DE REPOS                       | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit         | - LES CURES THERMALES             |
| d'actes répétés en plusieurs séances ou actes   | - LA CIRCONCISION                 |
| globaux comportant un ou plusieurs échelons     | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| dans le temps.                                  |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

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



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 740343

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT


Nom & Prénom : El Amami Mohamed  
Matricule : 9096 Fonction : Patrol Poste :  
Adresse : 130 Rue Imame Malik, BORDJ  
Tél. : 0667012044 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El Amami Ned Age : 10 06 19  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 10/06/19  
Nature de la maladie : correction orthopé  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A Bordj le 10/06/19  
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## 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
10/06/19	L	1	2000,00	


## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

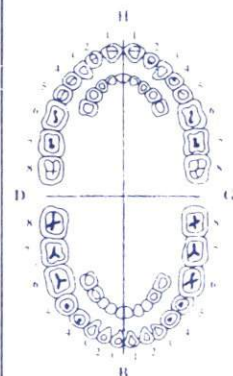
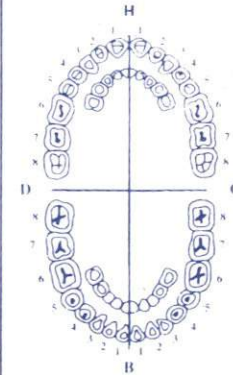
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/06/19					3500,00

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	H	21433552																	
00000000		00000000																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411	B	11433553																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Majdouline KHALIDI

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

- Chirurgie de la cataracte
- Angiographie - Laser - OCT
- Diplôme de Contractologie - Toulouse
- Diplôme de Chirurgie Refractive - Bordeaux
- Ancien Spécialiste au CHU 20 Août
- Ancien Interne au CHU Ibn Rochd



الدكتورة ماجدولين خالدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- الجراحة المجهرية للجلالة
- تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
- دبلوم العدسات اللاصقة « تولوز »
- دبلوم تصحيح النظر باليزر « بوردو »
- طبيبة سابقا بمستشفى 20 غشت
- طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

10 juin 2019



061181541

Berrechid le, .....

Mr. EL OTMANI Med

Mr/Mme: .....

Monture + verres correcteurs progressifs  
anti uv Antireflets

VL :

OD = + 2.50 (- 1.50 à 90°)

OG = + 2.50 (- 1.50 à 80°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

OPTIDINE  
KARIM EDDINEADIL  
Opticien - Optométriste  
5, Lot Hassan Bdi Hassani II - Berrechid  
Tel : 05 22 51 32 51 - Fax : 05 22 51 77 77

Dr. Khalidi Majdouline  
الدكتورة ماجدولين خالدي  
OPHTHALMOLOGISTE  
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab  
Berrechid - Tél : 05 22 51 77 77

Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn Khattab, 1er Etage, Appt 2 - ( au dessus d' Attijari Wafa Bank ) - Berrechid

Tél : 05 22 51 79 51 - E.mail : khalidi.majdouline@hotmail.com

BERRECHID LE : 11/06/2019

Client

MR EL OTMANI MOHAMED

FACTUREN°:740/2019

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	500,00	500,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES PHOTOCHROMIQUES +ANTI REFLET	1 500,00	3 000,00
TOTAL (TTC)			3 500,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

**OPTIDINE**  
**KARIM EL ADIL**  
 Opticien - Optométriste  
 5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
 Tél. 022 53 32 61 Fax 022 52 77 77

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
 Berrechid  
 Tél. : 05 22 53 32 61

**OPTIDINE**