

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)
 CNPSY = 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 couvrant et de petite chirurgie
 K = 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux 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 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



par courrier
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 /
 FAX : 05 22 91 26 52
 TELEX : 3998 MUT
 E-mail : mupras@RoyalAirMa

FEUILLE DE SOINS

P19-020069

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **MAOUD HAFIDA EP ERRA**
 Matricule : **900** Fonction : **—** Poste : **—**
 Adresse : **098700850**
 Tél. : **05 28 22 68 10** Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **MAOUD HAFIDA** Age **—**
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
 Date de la première visite du médecin : **14 JUN. 2019**
 Nature de la maladie : **Refractif**
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
 A **AGADIR** le **12.03.19**
 Durée d'utilisation 3 mois
 Signature du médecin : **DR. FARUK KHALLOUK**
 Avenue Hassan 1 Ben M. Hameda
 AGADIR - Tél: 05 28 22 17 32

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : **900**
 Nom du patient : **MAOUDI HAFIDA EPERRA**
 Date de dépôt : **1084, 80 DHS**
 Montant engagé
 Nombre de pièces jointes : **—**



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Nos	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19	S		250	Dr. TARIK KHALIL Ophthalmologiste Avenue Hassan I Ben El Mennan N°7 AGADIR - Tél: 05 28 22 32 32

EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AL MANSOUR EDDABBI e - Optométrie les de Contact rakech - Agadir ax: 05 28 22 01 45 ptique@menara.ma	13-3-19	SOUSS OPTIQUE 600
AL MANSOUR EDDABBI e - Optométrie les de Contact rakech - Agadir ax: 05 28 22 01 45 ptique@menara.ma	5007960	Optique - Optométrie Lentilles de Contact 17, Av. Marrakech - Agadir 80 000 Tél/Fax: 05 28 84 01 27 soussoptique@menara.ma
AL MANSOUR EDDABBI e - Optométrie les de Contact rakech - Agadir ax: 05 28 22 01 45 ptique@menara.ma	13/3/19	23420

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature 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	

VOLET ADHERENT

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs
gés par la Mutuelle.

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 canaux, 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 colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(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

Docteur Tarik Khallouk

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور طارق خلوق

اختصاصي في طب وجراحة العيون
عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

Chirurgie de la Cataracte, Glaucome, (Tension Oculaire), voies Lacrymales
Laser, Lentilles de Contact, Strabisme, Angiographie Maladies et Imagerie
Diabétique

جراحة المياه البيضاء (الجلالة), المياه الزرقاء (ضغط العين), مسالك الدموع
الليزر, العدسات اللاصقة, طب الحول, أمراض وتصور الشبكية
أمراض الشبكية الناتجة عن السكري

Opatanol

1 mg/mL, collyre en solution

Lot :

8 6 1 2 2 1

Exp :

0 3 2 0 2 1



Agadir, le :

12/03/19

MAOUD HAFIDA

Letter pour vision de loin
OD +1,00 (-0,50 = 90°)
OS +1,25 (-0,50 = 65°)

Letter pour vision de près
add +2,50 OD

90.40 opatanol

1g x 2/5

144.10

vis med

1g x 3/5

234.20

SOUS OPTIQUE
Optique - Optométrie
Lentilles de Contact
17, Rue Marrakech - Agadir 80 000
Tél/Fax : 05 28 84 01 27
sousseoptique@menama.ma

Dr. TARIK KHALLOUK

Ophtalmologiste

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI

Dr. LAMIA OUSSEHRI

61, Av. Al Mansour Eddahbi

Cité Dakhla - AGADIR

Tél: 05 28 22 01 45

INPE: 042007377

Avenue Hassan I Borj Al Hikma N°7
AGADIR - Tél: 05 28 22 32 32



17, Av. Marrakech Agadir 80000

Tél/Fax : 05 28 84 01 27

sossouptique@gmail.com

FACTURE

0003669 **A**

Mr. Raoud

Le 13-3-19

Ordonnance de M. le Docteur

N° de la nomenclature correspondant à la prescription	Loin { O.D. <u>402</u> O.G. <u>402</u>
Bifocaux ou Progressifs { O.D. _____ O.G. _____	Prés { O.D. <u>408</u> O.G. <u>408</u>

FOURNITURES

Montures

4 Verres VL 2 VP TR C1AR 600
2000 2000 VP
TOTAL
600

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cent 13 00
M

SOUSS OPTIQUE
 Optique - Ophtalmétrie
 Lentilles de Contact
 17, Av. Marrakech - Agadir 80000
 Tél/Fax : 05 28 84 01 27
 sossouptique@gmail.com

R.C. 67188 - I.F. 75705711 - Patente : 48111490 - C.N.S.S : 2034073

ICE: 001699964000014 - INP : 045007960

STERILE

30°C

يحتفظ دون 30°م



تي آر بي كيميديكا
ريشارد - رايتزير - آلي 1
85540 هار / ميونخ، ألمانيا

CE
0123

TRB CHEMEDICA AG

Richard-Reitzner-Allee 1

85540 Haar/Munich, Germany

4 028694 000256

fr

Lubrifiant oculaire
Hyaluronate de sodium 0.18%
10 ml de solution stérile,
sans agent conservateur



en

Lubricant eye drops
Sodium hyaluronate 0.18%
10 ml sterile solution,
free from preservatives

VISMED® MULTI

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

ع

قطرة عين مرطبة
هياالورونات الصوديوم بنسبة 0.18%

10 مللتر محلول معقم
معقمة و خالية من المواد الحافظة

TRB CHEMEDICA
OPHTHALMIC LINE

فيزميد * ملتي