

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 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 kinsithérapeute
- 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 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
HOSPITALISATION EN SANATORIUM
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétées en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnements
de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- 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.



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

DATE DE DEPOT

courrier nouveau

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

FEUILLE DE SOINS 0670787

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *SABER Mohamed*
Matricule : *11349* Fonction : *Agent* Poste : *9387*
Adresse : *BELLE VUE RUE KARAIMEN*
Tél. : *06 20 717133* Signature Adhérent : *[Signature]*

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *SABER Mohamed* Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : *01/05/19*
Nature de la maladie : *Vice de fonctionnement*
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A le / / Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 0670787
Matricule N° : *11349*
Nom du patient : *SABER Mohamed*
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes : *300,00 + 195,30 + 300,00*



MUPRAS

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
01/04/19	C	3000H		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MANDAR AL JAMIL Dr. SEHBA NISSANAA Lotissement Minivaday G Lot 42 Tél.: 0522 32 85 85 - Berrechio	02/04/2019	195,30

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	
UNETTE ISLAN 14. Rue des Angles	20/04/19					3.260 0H

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés 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 canalaires 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>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3">B</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	H	21433552																	
00000000		00000000																	
00000000	D	G																	
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

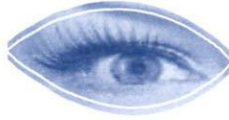
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU, Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Sober Nohoua

04 04 / 19

22/20

1/ Codo l. prone
de douleurs

24p
(K.S)

2/ 35,40 Tobuden

(A.S)

3/ 54,40 Tobuden

4/ 83,00
19530

Pharmacie AL MANDAL
Dr. SEHBANI Sana
Lotissement Moulay G Loh
Tél.: 0522 32 85 85 Berrechid

PPV: 22DH20
PER: 11/20
LOT: H2547



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV: 35,70 DHS 406833

TOBRADEX®
POMMADE OPHTHALMIQUE
3,5G PPV: 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouskoura
A.D.S.P. Maroc N° 1562/DMP/21/NNP
6 118001 070602
69020-3 © 2007, 2014 Novartis

Solution stérile pour

Phylarm

PER MEDIC
PPC
83.00 DHS

16 unidoses stériles de 10 ml

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél.: 0522 32 56 56 - BERRCHID

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie, Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU, Ibnou Rochd (20 Aout)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

01/04/19

Laber Mohamed

0,35 + 0,35 (1-9824)

0,5 (0,55138)

LUNETTE ISLAM
84 Rue des Anglaises
Casablanca

Theodor

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف : 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID



نظارات اسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa:264242 - Patente : 30011275

Facture N°.

001203

ICE/001647
NID/010234
UNETTE ISLAM
Rue des Anglais
Casablanca

Casablanca, le 20/04/19

M. SABER Mohamed Doit

Monture des Verres	Vision de toi	Vision de Prés	Doubles Foyers	Varilux
PROGRESIF 0.75 1.50	/	/	/	1.07 5.02
Monture				1.000
V.L. : - OD. -0.75 (à 45) + 0.75 -OG. -0.75 + 1.35 + 1.00				1.100 1.100
V.L. : - OD. -OG. ADD./				
TOTAL				3.200

Arrêtée la presente facture à la somme de

Trois mille
deux cents