

# 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 courant 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

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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 évenir 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS

383070

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ZAKARIA IMANE  
Matricule : 5396 Fonction : RETRAITÉ Poste : pn  
Adresse : 159, MANDARNA, SIG-MAAROUF, CASA  
Tél. : 06 6162 70 57 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ZAKARIA IMANE Age 02 01 41 61  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 06/06/19  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :   
Signature et cachet du médecin :   
Signature et cachet du praticien :   
Durée d'utilisation 3 mois

ET ADHERENT

## 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
06/06/19	Consultation	CS + DC	50,00 €	DOCTEUR NADIA ABDJADJ 13 OPHTALMOLOGIE CONVENTIONNEE A. de ROTHSCHILD 25 RUE MARCHAL 75940 PARIS Cedex 19
06/06/19	Consultation	CS	280 €	

## 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	

VOL

## 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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANT DES SOINS
D 00000000	B 35533411	G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

## feuille de soins - médecin

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

date 06/06/2019 A A A

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom

**ZAKARIA Imane**

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

date de naissance

J | J | M | M | A | A | A | A  
02/04/1961code de l'organisme de rattachement  
en cas de dispense d'avance des frais  
(à remplir par le médecin)

## ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

## IDENTIFICATION DU MEDECIN

**DOCTEUR NADIA LADJADJ**

15 OPHTALMOLOGIE

CONVENTIONNE

## MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

63 AV DE PARIS

**94160 ST MANDE**

Tél 0141937784

=&gt; 94 1 15099 7 00 1 11 1 15 n°AM

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

 **MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante) **SOINS** dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "\*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

J | J | M | M | A | A | A | A

 **MATERNITE**

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

J | J | M | M | A | A | A | A

 **AT/MP**

numéro

ou

date

J | J | M | M | A | A | A | A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)

accès direct spécifique

urgence



hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

## ACTES EFFECTUÉS

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J | J | M | M | A | A | A | A)

dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	frais de déplacement		
						1	dépass.	I.D. 2 L.K. 3
				M.D.	nbre	montant		
J   J   M   M   A   A   A   A 06/06/2019			CS	+ D2	50,00 €			
J   J   M   M   A   A   A   A								
J   J   M   M   A   A   A   A								
J   J   M   M   A   A   A   A								

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

50,00 €

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du médecin ayant effectué l'acte ou les actes



signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

## quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

**Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.**

La première information à donner concerne la personne recevant les soins et l'assuré(e) :

- Si vous ne payez pas votre médecin, celui-ci remplit l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne, y compris le code de l'organisme de rattachement.
  - Si vous payez votre médecin, celui-ci indique uniquement vos nom et prénom, selon vos indications, ou en reprenant les informations contenues dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.
- Les autres lignes de cette rubrique sont à compléter par vous même (le code de l'organisme de rattachement ne doit pas être indiqué dans ce cas) :

- si vous êtes la personne recevant les soins et aussi l'assuré(e), inscrivez seulement :
  - votre numéro d'immatriculation (il est indiqué sur votre carte Vitale et sur l'attestation papier qui l'accompagne),
- si vous êtes la personne recevant les soins mais pas l'assuré(e), écrivez :
  - votre numéro d'immatriculation,
  - ou (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
  - votre date de naissance,
  - le nom et le prénom de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son numéro d'immatriculation,
- complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e).

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à remplir par votre médecin, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- Si l'acte qu'il effectue est en rapport avec l'affection de longue durée (ALD), il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont liés à un accident causé par une personne autre que vous-même, précisez-le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements, recueillis sous votre responsabilité, doivent obligatoirement figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à votre accident auprès de l'assureur de la personne ayant causé cet accident.
- Si vos soins sont liés à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, présentez à votre médecin la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins est votre nouveau médecin traitant, il doit cocher la case prévue à cet effet. Dans ce cas, n'oubliez pas d'envoyer à votre caisse d'assurance maladie la nouvelle déclaration de choix du médecin traitant.
- Si le médecin qui remplit la feuille de soins n'est pas le médecin traitant que vous avez déclaré, il doit indiquer si l'acte est réalisé à la demande de celui-ci. Dans ce cas, il reporte sur la feuille de soins le nom et le prénom de votre médecin traitant.  
Si votre état de santé nécessite l'intervention de plusieurs médecins, ces informations doivent également être reportées sur la feuille de soins par ces médecins.

Dans la négative, le médecin doit cocher l'une des cases permettant de préciser si les soins sont réalisés :

- par un médecin exerçant une spécialité à accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie) ou par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies (art. D 162-1-6, 6° du Code de la sécurité sociale),
- en urgence,
- hors de votre résidence habituelle (par exemple lorsque vous êtes en congé),
- par un médecin remplaçant votre médecin traitant en son absence,
- en accès libre non coordonné, c'est-à-dire lorsque vous consultez directement un médecin qui n'est pas votre médecin traitant.

### Recommandations importantes :

Prévenez votre organisme d'assurance maladie à l'occasion d'un changement intervenant dans votre situation, comme, par exemple, en cas de :

- changement de compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne : envoyez-lui votre nouveau relevé d'identité de compte,
  - changement d'organisme d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. Votre ancien organisme d'assurance maladie peut vous aider dans cette démarche.
- Si le médecin a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.

FACTURE

Duplicata

1

**HOPITAL**  
**Fondation Oph. Rothschild**  
**29, rue Manin**  
**75019 PARIS 19**

**Finess EG 750000549****N° Siret 784778029**

<b>N° Facture</b>	6924
<b>Emis et rendu exécutoire le</b>	06/06/201
<b>N° Gest.</b>	YF
<b>N° Feuillet</b>	1
<b>Exercice</b>	2019
<b>RDT</b>	

**BENEFICIAIRE**

**Nom** ZAKARIA  
**Né(e)**  
**Prénom** IMANE  
**Né(e) le** 02/04/1961  
**Adresse** 4 RUE DU CANOTAGE  
     CHEZ MADAME OURISSE HABIB  
     94160 ST MANDE  
**N° IEP** 152294033/001 **N° IPP** 02251268  
**Risq.**

ZAKARIA IMANE  
 4 RUE DU CANOTAGE  
 CHEZ MADAME OURISSE HABIBA  
 94160 ST MANDE

ENTREE: 06/06/2019

**ASSURE**

**Nom** ZAKARIA IMANE  
**NN** Ben.  
**ORG.** N° Mutualiste

Prestations

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	Montant	TAUX	A VOTRE CHARGE	
060619	TOANEN	CS	1,00	223,34	100	223,34	SPEC: 15
060619	VIGNAL-CLERMONT	ATU	1,00	27,14	100	27,14	SPEC: 15

Fondation A. de ROTHSCHILD  
 25, rue Manin  
 75940 PARIS Cedex 19  
 750000549

**RENSEIGNEMENTS REGLEMENTS**

Téléphone

250,00

€ Total

Facture à payer sous 15 jours - PAR VIREMENT BANCAIRE - RIB : 30004 00811 00010145887 80

IBAN : FR76 3000 4008 1100 0101 4588 780

BIC : BNPAFRPPPEE

- PAR CHEQUE (ORDRE : FONDATION OPH ROTHSCHILD)

au SERVICE FACTURATION - 01 48 03 69 62 de

8h30 à 11h30 / 13h à 16h - recouvrement@for.paris

VOUS POUVEZ PAYER EN LIGNE DEPUIS LE SITE INTERNET DE L' ETABLISSEMENT www.for.paris

**Référence à rappeler**

Ref. facture H-2019-6924

N° patient 02251268

N° venue 152294033

ZAKARIA IMANE

CH 001 Etab 001 Montant euros

Fondation A. de Rothschild

29 Rue MANIN

75940 PARIS CEDEX 19

Finess : 750150229

Caisse : 333

Caissier : CFARIAD

**REÇU DE PAIEMENT N° 19/19529**

**Montant reçu :** 250,00€

Mode de règlement : ESPECES

Le : 06/06/2019

**De** ZAKARIA IMANE  
4 RUE DU CANOTAGE  
94160 ST MANDE

**Pour le compte de** ZAKARIA IMANE

IPP 02251268

N° SS :

**Le** 06/06/2019

**Le caissier**

*(Handwritten signature)*  
Fondation A. de ROTHSCHILD  
25, rue Manin  
75940 PARIS Cedex 19  
750000549

**Docteur Nadia LADJADJ**

**OPHTALMOLOGISTE**

Attachée à la Pitié Salpêtrière  
Lentilles de Contact  
Conventionnée secteur 1

63, Avenue de Paris  
94160 SAINT MANDÉ

Tél : 01 41 93 77 84

94 1 15099 7

St-Mandé, le jeudi 6 juin 2019

Mon cher confrère,

Je vous adresse le compte-rendu de la consultation concernant :

Madame ZAKARIA Imane (F)

Né(e) le 02/04/1961

-Antécédents: NOTION D'ABSCENCE 2 EPISODES EN UNE SEMAINE MARS 2019

GRANDE FUMEUSE DURANT 42 ANS AGE 15 ANS

BOISSON ALCOOLISEE AGE DE 21 ANS

-Diagnostic: SS TIMOPTOL LP NOV 2018, ICP OG NOV 2018

DATE de la CONSULTATION : 06/06/2019

\*\*\*\*\*

Réfraction subjective :

OD= +1,25 (-0,50 à 20°)= 6 /10; Add 2,25 =P 2

OG= +0,25 (-0,25 à 30°)= 1,5 /10; Add 2,25 =P 10

\*\*\*\*\*

TOD= 17 mm Hg TOG= 15mm Hg

BAISSE ACUIT VISUELLE BILATERALE 08 MOIS

SEGMENT ANTERIEUR NORMAL

FODG:

ATROPHIE OPTIQUE BILATERALE +++

CV SCOTOME CENTRAL Oeil gauche ET PARA CENTRAL Oeil droit

\*\*\*\*\*

DOCTEUR NADIA LADJADJ  
15 OPHTALMOLOGIE  
63 AV. DE PARIS  
94160 ST MANDÉ  
TÉL : 01 41 93 77 84  
94 1 15099 7  
CONVENTIONNÉE  
100 1 11 1  
DAB CORV ZISD IK