

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
- VJ = 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
- VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- B = 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.

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
SANATORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelonnées
en 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 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 618066

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MAHSEN ZAKARIA
Matricule : 9028 Fonction : représentant Poste :
Adresse :
Tél. : 0671759178 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Admen Kaima Age : 31 / 12 / 11
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 31/12/11
Nature de la maladie : [Signature]
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : [Signature]
A Casa le 31/07/13 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
31-07-18			300 DA	

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	

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														
				MONTANT DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

31/7/19

A dmeur Karim
Lentille de contact — VL + VP
OD : +1,5 (- 0,75 - 180°)
OG : +1,75 (- 1,25 - 170°)
A dd : +1,75

OPTIQUE CHERRIFIANNE
Opticien - Optométriste
89, Rue Beni Mouïd Hay Laâyoune
Casablanca - Tél: 06 61 76 66 44

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASS. ESSADKI M. H. H.
OPTI-MOULOCHE
2012/4/19

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بني امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

N° 001055

ASSADKI NABIL

N° de nomenclature 4.25-4.8			
Correspondant à la prescription 27/11			
LOIN	OD	HAUT (27/11/80)	OD : +1.75
	OG	HAUT (27/11/80)	OG : +1.75
		PRES	

FOURNITURE

Montures : 27/11/80

Verres : 27/11/80 - 27/11/80

Total : 3000/-

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 02/08 2012

M/ou Mme : ADJOUR KAKI

1100	Montures
1200	Verres
700	Verres
3000/-	DICTIONNAIRE

OPTIQUE CHERIFIENNE
Opticien - Optométriste
89, Rue Beni Mould Hay Laayoune
Casablanca - Tél: 06 61 76 66 44

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N°: 190731154049SA / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900095938	ADMEUR KARIMA	31/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7214	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : SANJAK

Centre
Monétique
Interbancaire

31/07/19 15:41:28

9900397952

93979501

HOP CHEIKH KHALIFA G7

Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

ADMEUR/KARIMA.MME

xxxxxxxxxxxxx7349

03/24 CARTE NATIONALE

FFF61CBCOCD11D64

220-0-9999-1-55

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 010

NUM AUTORISATION: 362586

STAN : 007214

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

F A C T U R E

N° 95 220 / 2019 du 31/07/2019

Nom patient : **ADMEUR KARIMA**

Entrée 31/07/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 31/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS			

Encaissements			Carte Bq	Total encaissé
			300,00	300,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
E-mail: contact@hkh.ma
N° INP 090061862