

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
N = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
D = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
D = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
C = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
A = 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 kinesithérapeute
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.

bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HITALISATION EN CLINIQUE
HITALISATION EN HOPITAL
HITALISATION EN SANATORIUM OU
NTORIUM
R EN MAISON DE REPOS
TES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelonnements
emps.

- 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

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 618066

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MAITSEN ZAKARIA

Matricule : 9028 Fonction Agente de vente Poste :

Adresse :

Tél. : 067 11 759178 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Ahmed Kairouz Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite au médecin : 31/12/11

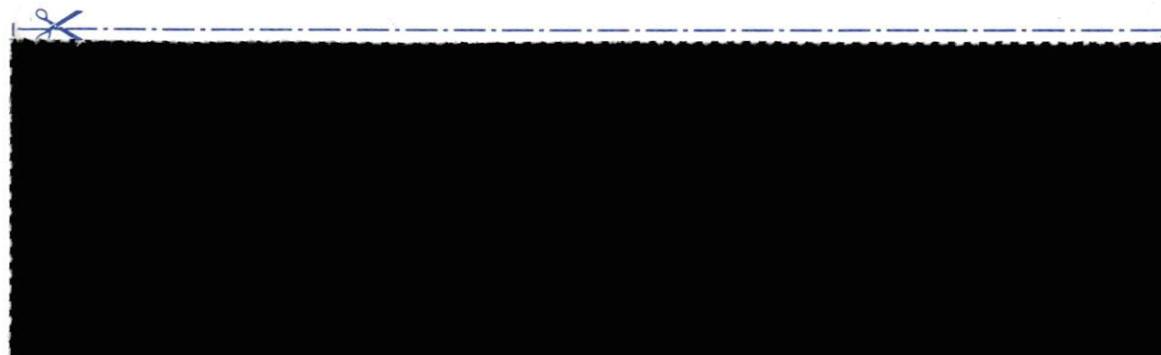
Nature de la maladie : MUPRAS

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : 05 SEP. 2013

Accueil Siège/Kam

A ... le ... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois



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
31-07-18	CH		300.00	Hôpital Universitaire Ibn Rochd Pr. ASS ESSAKI Nabil OPHTALMOLOGIE

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	
OPTIQUE CHERIFIENNE Opticien - Optométriste 89, Rue Beni Mguild Hay Laâjoune Casablanca - Tél: 06 61 76 2814	2018/07/31					300.00

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 canalaire 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			
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 D 00000000 00000000 H 35533411 11433553	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	B	MONTANT DES SOINS	
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA EXECUTION				

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

31/7/19

A dame Karima
 Lun. de contact - VL + VP
 OD : + 1,5 (- 0,75 - 18°)
 OG : + 1,75 (- 1,25 - 17°)

A d.d. : + 1,75

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

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Pr ASSAAD KHABIL
 OPHTALMOLOGIE

2012-2013

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 بنى امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

N° 001055

N° de nomenclature 402-4.8

Correspondant à la prescription MTA

LOIN	OD: +1.50 (-1.00) / +1.80 / OG: +1.25 (-1.00) / +1.70 /	PRES	OD: +1.75 OG: +1.75
------	--	------	------------------------

FOURNITURE

Montures : SP1700

1100,- Montures

Verres : 20.00 Ds - M

100,- Verres
70,- Verres

Total : 3000,-

3000,- Total

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 01/08/2019

M/ou Mme :

ADSSICER KACIYA

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
xxxxxxxxxxxx7349
03/24 CARTE NATIONALE
FFF61CBC0CD11D64
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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Nº 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
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation d'ophtalmologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé
	300,00	300,00

*Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026
 Email: contact@hckm.ma
 N°INP 090061862*