

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.

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

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées
ans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE



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 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1588059

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HRAICHE MOHAMED
Matricule : 8301 Fonction : CC Poste :
Adresse : RB. SIHAM 39 RUE IBN HARBUS N°13 MAARIF
Tél. : 06 6781 8032 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KHALIL Wajae Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : affection oculaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A CASA le 11 SEP. 2019 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
14/06/19	c2		300,	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/06/19	451,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/09/2019	—	1500,00

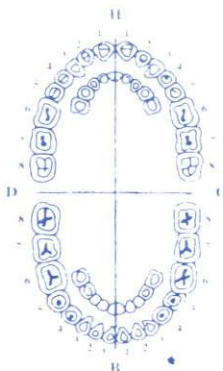
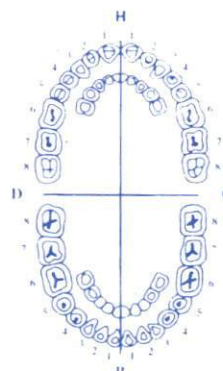
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
10/09/2019						

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canala 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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																	
				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

Lot n°
FMD
EXP
Ouvert le:

PPV : 38DH90

Flacon de 5 ml

Collyre

0.5%

Kétorolac
trométhamine

ACULAR®

AILERCAN

مركز الأمراض و جراحة العيون

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللايزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

اللايزر متعدد الأشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

POSIOLOGIE : Lire attentivement la
notice impérative.

المقادير: اقرأ بعناية النشرة داخل العلبة.

AGITE VIGOREUSEMENT
AVANT UTILISATION

نرج القارورة بقوة
قبل الاستعمال

POUR USAGE OPHTHALMIQUE UNIQUEMENT.

للاستعمال في العين فقط.

Distribué par Zenith Pharma

PPV = 117,00 DH

acte (Phako)
into lasik/ICL)
Bordeaux

e/Angiographie

AG)

Ophthalmologie

Casablanca le, 14/06/2019

KHALIL Wafaa

Cationorm®

Multi

Emulsion
ophtalmique

PPC 148,00 DH

Cationorm®

Multi

Emulsion
ophtalmique

PPC 148,00 DH

- ACULAR 0,5% COLLYRE (Kétorolac)

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

- Zylet collyre

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

- Cationorm

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

صيدلية ابن كثير
Pharmacie IBRAHIM KATIR
M'hamed OSMANE
Docteur en Pharmacie
22, Rue Impasse Ibnou KATIR
Tél: 05 22 23 43 88 - CASABLANCA

Dr. Mohammed MIKOU
Ophtalmologiste
Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
Casablanca
Tél: 05 22 86 28 20 - Fax: 05 22 86 28 48 - GSM: 06 61 09 57 50
E-mail: dr.mohammed.mikou@gmail.com

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع

فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

الليزر متعدد الأشعاع

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

Casablanca le,14/06/2019.....

KHALIL Wafaa

Oeil Droit : $(100^{\circ} -0,25) + 0,75$, Addition + 2,25

Oeil Gauche : $(65^{\circ} -0,50) + 1,00$, Addition + 2,25

VERRES PROGRESSIFS BLANCS ANTIREFLETS

VISION PRESTIGE
Rue Socrate - Mohammadia
CASABLANCA
Tél: 05 22 86 28 48 - 06 61 09 57 50

Mohammed Mikou
Ophtalmologiste
Angle Bd. Abdelmoumen 2^{ème} étage N° 18
Casablanca
Tél: 05 22 86 28 48 - 06 61 09 57 50

VISION PRESTIGE
M. Rue Socrate - Madrid
GASABLANCA
Tel/Fax: 022.98.73.90

FACTURE N° 312


Date 10/09/2019

M. M. Kholil WAFAA

DOIT

MODE DE PAIEMENT : ☐ ESPECES ☐ CHEQUE ☐ TRAITE

DATE DE REGLEMENT : _____

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
2	Verre progressif	750,00	1500,00
	BBR quatre 1,5		ON
	Total:		1500,00 TTC
Total: payé en toute lettre la somme			
de mille cinq cent dix-huit TTC.			
			
ICE 000195041000012.			

