

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
HOSPITALISATION EN SANATORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

soins comportant un ou plusieurs échelons

sur le 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'actes 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

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 1581653

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **ARFI SAND**
Matricule : **4827** Fonction : **MAR** Poste :
Adresse : **595 Bd EL OUEDS ANCHOU CAS**
Tél. : **+212 661 667 884** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT


Nom & Prénom du patient : **MOUSSA ABU**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : **14 JAN 2019**
Nature de la maladie : **Thrombocytemie essentielle**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A **Casa** le **28 / 8 / 2019** Durée d'utilisation 3 mois
Signature du médecin :

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologue Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 49
Gsm: 06 62 54 25 69

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
28/08/19			300	Dr. S. ... Professeur Agrégé Néphrologie Onco- Hématologie AL MA Tél. 01 49 75 74 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/19	91,65 €

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

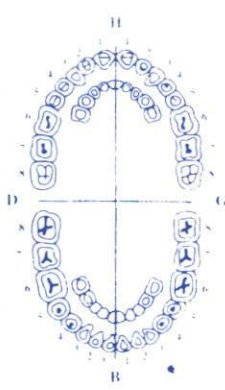
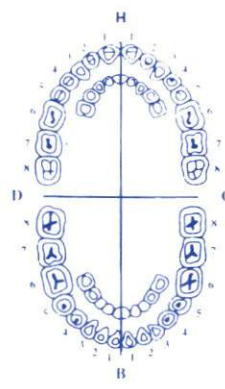
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires 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></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></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

مصحة
المدينة

CLINIQUE
AL MADINA

مركز أمراض الدم والآنكولوجيا Centre d'Hématologie & Oncologie

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 28/08/2019

Me Jounouf Bahia

Hydrea 500 mg

15 boîte

91,65 €



Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 50 77 77

PHIE ORLY SUD 00306668005 Fact. Num. : 95663
 AEROGARE ORLY SUD Date Fact. : 29/08/2019
 94542 AEROGARE SUD CEDEX 190 Date Ord. : 29/08/2019
 912013828 Medecin: ZAFAD Saadia
 Tel :0149757470 Code Op: 98
 INSEE: Malade:MONSSEF Bahia
 CASA

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
15	HYDREA 500MG CAP	3400930512685	4,92	-	1,02	0
	S BT 20 CYTO	Dus: 3 Ordo: 116685				
1	Honor. dispens.		0,51	-		0
	HDR					
1	Honor. dispens.		2,04	-		0
	HDE					

MONTANT TOTAL : 91,65 MONTANT AMO : 0,00
 MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 91,65

Ces montants s'entendent avant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHIE ORLY SUD 00306668005

Caroline IBGHEI

AEROGARE ORLY SUD

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190

Tel: 0149757470

N° SIRET: 43864744800010

Code NAF: 4773Z - FR04438647448

FRANCE

Désignation	Code	Qté	PU	Montant
	TVA		TTC	TTC

Patient: MONSSEF Bahia

Ordonnance 95663

3400930512685	4	15	4,92	73,80
---------------	---	----	------	-------

HYDREA 500MG CAPS BT 20			CYT0(116685)
-------------------------	--	--	-------	---------

Du(s): 3x

	4	15	1,02	15,30
--	---	----	------	-------

Honor. dispens. HD1

	4	1	0,51	0,51
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDR

	4	1	2,04	2,04
--	---	---	------	------

Honor. dispens. HDE

Total TTC	91,65
-----------	-------

A Payer	91,65
---------	-------

TOTAL A PAYER :	91,65
-----------------	-------

Montant HT : 89,77

Code

TVA	Taux	HT	TVA	TTC
4	2,10	89,765	1,885	91,65

Espèces : 91,65

Le 29/08/2019 à 20h27 Op. : 98 christo

Montants exprimés en Euros

BON VOYAGE

EQUIPE PHARMACIE ORLY 4


pharmacieorly4@gmail.com

Ticket 167141/543358

B0106-R1

124/ /1/FACTURATION/TICKET/4/N/AAMU/AAOc
/2.8.1.2.R8-151/1

0% Bisphenol A
BPA




MIXTE
Issu de sources
responsables
FSC® C002321



EXACOMPTA
PARIS

0% Bisphenol A
BPA



MIXTE
Issu de sources
responsables
FSC® C002321

PC 03400930512685
SN 1055016133680
Lot 9D06021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1044882626042
Lot 9E06400
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1058424434381
Lot 9D06021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1051813354453
Lot 9D06021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1024351059100
Lot 9E06400
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1044220929923
Lot 9D06021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1085502631702
Lot 9E06400
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1070594693092
Lot 9D06021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1049078829521
Lot 9D06021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1041946368775
Lot 9006021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1031486436004
Lot 9006021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1071262459471
Lot 9006021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1037599216682
Lot 9006021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1035954329636
Lot 9006021
EXP 03-2021



PC 03400930512685
SN 1091140024257
Lot 9006021
EXP 03-2021

