

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C	= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF	= Actes pratiqués par la sage-Femme
CS	= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme
QNSPY	= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
V	= Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN	= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
VD	= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VWD	= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z	= Electro - Radiologie
PC	= Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie	B	= Analyses
K	= Actes de chirurgie et de spécialistes		

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 PREAMBLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnements 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 prévenir 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

 M U P R A S		AEROPORT CASA ANI CASABLANCA TEL : 91.26.46/2646/26 FAX : 91.26.52 Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales TELEX : 3998 MUT de Royal Air Maroc E-mail: mupras@Royal	
FEUILLE DE SOINS N° 424485		A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Nom & Prénom : Matricule : Adresse : Tél. : 		Fonction : Poste : Signature Adhérent : 	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT			
Nom & Prénom du patient : EL ATRACH N° 424485 Age 35 Sexe M		<input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Enfant	
Lien de Parenté avec l'adhérent : 		<input type="checkbox"/> Conjoint	
Date de la première visite du médecin : 			
Nature de la maladie : David neuvième par maladie de coeur et maladie de coeur		<input type="checkbox"/> Chirurgien Dentiste	
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances 		<input type="checkbox"/> Médecin traitant	
A Casablanca le 17/11/2001 à 23		<input type="checkbox"/> Médecin traitant	
Duration d'utilisation 3 mois		<input type="checkbox"/> Médecin traitant	
VOLET ADHERENT		M U	
DECLARATION			
Matricule N° : Nom du patient : Date de dépôt : Montant engagé : Nombre de pièces jointes :			

REVIEW DES BEAUX-ARTS ET INNOVATIONS

EXECUTION DE CORRÉLATIONS

ANALYSES - ADDOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé des honoraires
		AM	PC	1M	IV	

VOI ET ADHERENT

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

Etat et signature du mecenat attenant le paiement des actes

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 c
ainsi que le bilan de l'ODF

四

Denis

May 22

CON DI CACCIA

DETERMINATION

THUNDER

MOTORES DE

10

1

10

Page 10

11

111

** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés pour la Mutualité.



—
—
—
—
—



Lin

Dental Imaging Software V6, 14, 0, 4

DR. FATIMA ZAHRA BERRADA
CHIRURGIEN DENTISTE
Orthodontiste - Implantologue
Résidencies libnou Rock - 56, Rue des Tropiques
N° 9 - 3ème Etage - ~~AGS~~AGS
Téléphone : 0522.49.10.59





לען

DE. PASTORIUM L'ADMIRAL DENTISTE
CHIRURGIE DENTISTE
DENTISTE
ORTHODONTISTE - IMPAIRISTE - DENTISTE
RESIDENCE DE LAURENCE - 10, RUE DES HOPITAUX
N° 9 - 3ème Etage - CASAFLANCA
TELEPHONE: 65.22.49.18.19

100