

# 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  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = 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.
- 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

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM  
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelons  
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- 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



# 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 MU 030808 152733

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BACHTAL HAFID  
Matricule : 7802 Fonction : CDB Poste : Dr  
Adresse : H. H. Casa  
Tél. : 0661334084 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BACHTAL Salma Age 18 04 04  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Ph ODF  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A ..... le ..... / ..... / .....  
Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

## VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 030808

Matricule N° :  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes :



MUPRAS



## 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

## 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
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

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

## 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 <input type="text"/>  MONTANT DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D90"/>  MONTANT DES SOINS <input type="text" value="3500,00"/>  DATE DU DEVIS <input type="text" value="24/07/2014"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
	<i>traitement ODF</i> <i>Sewestre N° 1</i>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° dossier	4152
Patient	BACHTAL salma
Date	27/03/2014 17:03:09

Rééducation orthophonique	
Interception	
Chirurgie orthognatique	
Type de chirurgie	

<b>Lise des traitements prévus</b>
Bilan Ortho avec tracé cephalo
Multibague sup et inf
Gouttière de contention
Contention Collée inf

Durée du traitement	6SEMSTR
Durée contention	


**Dr. Tarik RAHMANI**  
 Chirurgien - Dentiste Spécialiste  
 en Odontologie Pédiatrique  
 13, Rue AL Ourir, 1<sup>er</sup> Etage - Bourgogne  
 CASABLANCA - Tél : 0522 27 99 50/88

# ANALYSE CIRTE (TWEED & STEINER)

26/03/2014 19:29:33

M O R P H O L O G I Q U E	Nom	BACHTAL salma	Date naiss		
				STANDARD	
	SNM	38,671		32°	
	FMA	25,028		25	
	FMIA	65,638		68	
	IMPA	91,06		87	
	SNA	79,226		82	
	SNB	73,452		80	
	ANB	5,773		2	
	I/F	72,429		65	
	I/NA	15,102	0,384	22/4	
	IN/B	21,454	3,863	25/4	
	I/i	138,341		135	
	OP/M P	16,886		16	
S Q U E L L E S T H E T I Q U E	OP/F	8,222		9	
	AoBo	1,922		2	
	SND	70,742		76	
	Angl Z	74,055		78	
	HFP	49,793		45	
	HFA	55,988		65	
	Ind fac	0,889351 28956204 9		0,69	
	UL	13,588			
	TC	4,628			

Dr. TATIE RAHMANI  
Chirurgien - Dentiste Spécialiste  
en Odontologie Pédiatrique  
12, Rue du Coudr, 1er Etage - Bourgogne  
Tél : 03 80 27 09 80/88