

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.

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

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
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 1597854

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ASMI RACHID
Matricule : 9081 Fonction : new Schedule S' Poste : 9337
Adresse :
Tél. : 0663352444 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient : ASMI MARWA ALAE Age 15 12 11
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : 16 Mars 2019
Nature de la maladie : soins dentaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A Casablanca le 17/6/17 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

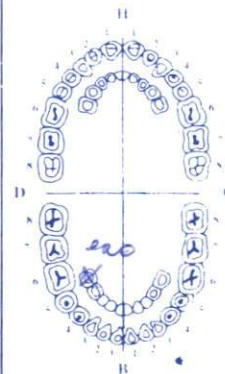

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	MONTANT DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
	8	5	200	D8	200	12-6-19	17-6-19
							

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CœFFICIENT 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 00000000</td><td>G 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 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B				CœFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D 00000000	G 00000000															
	35533411	11433553															
	B																
					MONTANT DES SOINS	<input type="text"/>											
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>											
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. YAKOUBI SOUSSANE EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Casablanca, Le : 2019 -6-17

Nom Du Patient : asmi Marwa alae

Facture

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
85	extraction	D8	200
Total			200

Le montant de soins s'élève à 200 dhs.

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55