

# 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 courant 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

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 échelons 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

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 : *Chew Schedule S* Poste : *9337*

Adresse :

Tél. : *06 63 35 24 44* 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 :

Nature de la maladie : *Sois dentaire*

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A *Casab* le *17/11/17*

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

TEL: 05 22 93 50 55  
CHIRURGIEN DENTISTE  
KAROUDI EBD  
EL ABDI  
Signature

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Palement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Chet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	8 S exract D8			D8
				MONTANT DES SOINS 200
				DEBUT D'EXECUTION 12-6-19
				FIN D'EXECUTION 17-6-19
				Dr. Yakoubi SOUSSANE EL ABED Chirurgien Dentiste Tel: 05.22.93.50.55

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANT DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

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

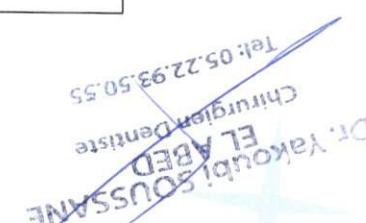
Nom Du Patient : asmi Marwa alae



## Facture

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

Le montant de soins s'élève à 200 dhs.



Dr. YAKOUBI SOUSSANE  
Chirurgien Dentiste  
Tél: 05.22.93.50.55  
EL ABED