

# 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 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

EJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes éloignés 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 revenir 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 044041

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Toussan Abdelelah

Matricule : 8369 Fonction : CD.B Poste :

Adresse :

Tél. : 0661470668 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Toussan SADR Age 11

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Maladie de la peau

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

11 SFP 2019

A : le / 1 / 2019 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION MU 044041

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :

MUPRAS



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13 SEP 2019	BBR 216

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>RADIOPHYSIQUE ANFA Dr. Abderrazak 09-97-97 - FAX: 94-96</i>	21/06/19	23.0 2.20	500,00 <i>libres??</i>

## 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

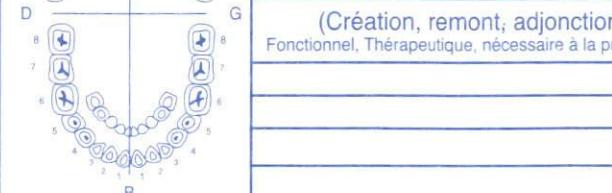
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553
H	21433552										
25533412	00000000										
00000000	00000000										
D	00000000										
35533411	11433553										
	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>	B	21433552	25533412	00000000	00000000	00000000	D	00000000	35533411	11433553
B	21433552										
25533412	00000000										
00000000	00000000										
D	00000000										
35533411	11433553										

## (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU BRATICIEN ATTESTANT L'EXPERTISE

VISA ET CAGNEY, DÉPARTEMENT D'ESTATELLA  
Ancien de l'ordre de l'ordre VI  
40, Rue Ahr Casablanca  
Tél. 0522 20 00 14 - Fax 0522 20 00 14

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des es	Nature des Actes	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
6/10	C8		200.00	YOUSSEF LARAKI 40 Rue Aouia Casablanca 20000 Tél: 022 20 00 18 - Fax: 02 22 23 53 - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18 SEP 2014	800.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et Signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficents	Montant des Honoraires
CENTRE DE RADIOPHYSIOLOGIE ANFA 29700 Casablanca - Tél: 022 23 00 220 - Fax: 022 23 00 220 Abderazak	29/06/14	230.220	500.00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

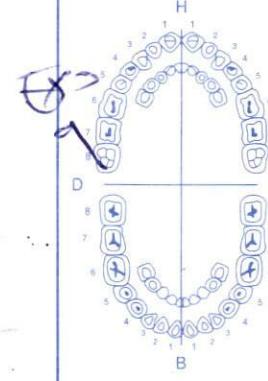
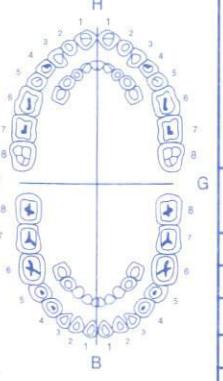
## VOLET ADHERENT

entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	18 19	DENT	200
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
COEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANT DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

YOUSSEF LARAKI  
Docteur en Chirurgie Dentaire  
40 Rue Aouia  
Casablanca  
20000  
Tél: 022 20 00 18 - Fax: 02 22 23 53 - Casablanca



CENTRE RADILOGIE ANFA

Casablanca, le 22/06/2019

Facture N° 3327

11 SEP. 2019

Nom patient : TORJMAN SABRINE

Examen(s) réalisé(s) :  
PANORAMIQUE + TELECRANE P.

Montant : cinq cents (500 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
CINQ CENTS DH

REGLEMENT : ESPECES

CENTRE RADILOGIE ANFA  
5, rue Ali Abderrazak  
CASABLANCA  
Tél. : 0522 94 97 97/98/99  
Fax : 0522 94 97 98

# Youssef LARAKI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Parodontiste - Implantologue

Ancien Attaché de l'Institut

de Stomatologie de Paris VI

## Consultation sur Rendez-vous

40, Rue Abou El Wakt - Quartier

Bourgogne - 1er étage N° 20

Tél. : 022 20 00 14 - Fax : 022 20 53 93

# يوسف العراقي

طبيب جواحي للأسنان

أخصائي في التهاب اللثة وزرع الأسنان

ملحق سابق بمعهد جراحة الفم بباريس 17

## الزيارة بالموعد

40، زنقة أبو الوقت - حي سوركين

الطابق الأول - رقم 20 - الدار البيضاء

الهاتف : 022 20 00 14

fax : 022 20 53 93

Casablanca, le 22/06/19

## ORDONNANCE

TORJMAN SABRINE

- Radiographie paroauriculaire
- Téloradiographie de profil

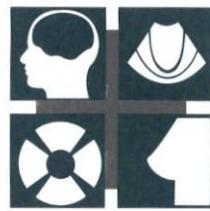


TEL: 94.97.97 - Fax : 94.97.99  
CENTRE RADILOGIE ANFA  
6, Rue Ali Abderrazak  
CASABLANCA

Signature

## Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier  
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale  
D.E.S de Radiologie  
Membre de la Société Française de Radiologie  
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة  
CENTRE RADIOLOGIE ANFA

Casablanca, le 22/06/2019

Patient : TORJMAN SABRINE  
Prescripteur: DR LARAKI YOUSSEF

## PANORAMIQUE DENTAIRE

*Mon cher confrère,  
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

*Examen réalisé grâce à un Cone Beam Planmeca 3D+ mise en service en janvier 2018.*

### Indication:

Bilan dentaire et osseux.

### Technique:

Panoramique dentaire.

### Résultats :

- Pas d'anomalie focalisée de la structure osseuse.
- Pas d'image radio-claire apico-dentaire.
- ATM de morphologie normale.

## TELERADIOGRAPHIE DU CRÂNE DE PROFIL

### Résultats :

- Pas d'anomalie focalisée de la structure osseuse.
- Aspect normal de la selle turcique.

*NB : Pour enregistrer le fichier image sur le disque dur : clic droit sur le nom du patient figurant sur le tableau et exporter JPG puis enregistrer dans un dossier.*

*Merci de votre confiance*

**Docteur Jawad EL AOUD**

CENTRE RADIOLOGIE ANFA

5, rue Ali Abderrazak

CASABLANCA

Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99