

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- | | |
|--|---|
| = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinesithérapeute |
| = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z = Electro - Radiologie |
| = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie | B = Analyses |
| = 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.

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 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 EVENTORIUM

TOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

s'aux comportant un ou plusieurs échelons

au fil du temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 1632333

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ATTIF SOUFIANE

Matricule : 12345 Fonction : chef de Dept Poste : 21017

Adresse : Lot Al Khour ZATHA Zem 29 Apt 5 EIG 2 Lissabon Agadir

Tél. : 06.51.11.41.86 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient :

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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



A , le / /

Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVE 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
	22/5/19	79,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 s

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE HASSANA

118/119 lot. Al Khozama LISSASFA

Docteur en pharmacie
Faculté de Nancy
FRANCE

R.C :293256 Patente:36211260
T.V.A : C.N.S.S:6289468
Tél :0522650244

Le 27/05/2019

FACTURE N°409941

N° ICE : 001666353000076

N° IF : 50804205

**** MR ATTIF SOUFIANE ****

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	AZIX 500MG/3CP	79,70	79,70	5,21	7,00
				PPV 79DH70 PER 02/22 LOT 1422	



TOTAL T.T.C :

79,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	79,70	Montant :	5,21	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Soixante-dix Neuf Dirhams et 70 centimes.