

# 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.

Ce bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HOPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU

EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

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 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.

DATE DE DEPOT



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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 612454

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *SOUAI DOKSSI AHMED*

Matricule : *11717* Fonction : *Conducteur* Poste : *2759*

Adresse : *12 Bel LAW AL MILFA CASA*

Tél. : *06 22 24 10 93* Signature Adhérent : *[Signature]*

### 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 : *17 JUIL 2019*

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances : *ACCIDENT SEIGER RAM*

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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
03/19	IRM	200/519000 cerb662500D	112222220.00

## 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 PROTHÉSES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

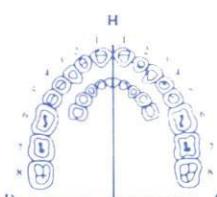
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

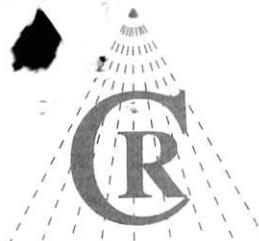
		H	
		G	
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E



Casablanca le 21/03/2019

Médecin Traitant : **DR S. SOULAMI**  
Nom du patient : **MR SOBAI IDRISI AHMED**  
Examen Réalisé : **IRM CEREBRALE**

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:**

Bilan d'hémiparésie droite et aphasic chez un jeune patient de 45ans sans ATCD connu.

Suspicion d'AVC.

**TECHNIQUE:**

Examen réalisé en séquences transversales diffusion et FLAIR, sagittale T1, frontale T2, axiale T2\*, 3D TOF artérielle et veineuse en contraste de phase.

**RESULTATS:**

Mise en évidence d'un foyer en hypersignal diffusion avec ADC diminué compatible avec un foyer d'AVC ischémique de la région capsulo-lenticulaire gauche.

Présence d'autres petits foyers de même nature en péri-ventriculaire profond gauche et en regard de la corne ventriculaire frontale homolatérale.

Pas de stigmate hémorragique.

Pas de syndrome de masse des hémisphères cérébraux et système ventriculaire en place, non dilaté.

Pas d'hémorragie ventriculaire ni méningée.

Pas de lésion sur le tronc cérébral ni sur le cervelet.

Corps calleux de signal homogène.

Selle turcique de configuration normale.

Pas d'anomalie sur les artères du polygone de willis.

Pas de thrombophlébite cérébrale.

**CONCLUSION:**

Foyer d'AVC ischémique au niveau capsulo-lenticulaire gauche ainsi qu'au niveau profond péri-ventriculaire et en regard de la corne ventriculaire frontale homolatérale.

Pas de thrombophlébite cérébrale et pas d'anomalie sur les artères du polygone de Willis.

Pas de lésion de la fosse postérieure et système ventriculaire en place non dilaté.

Petit comblement du fond du sinus maxillaire droit.

Bien confraternellement à vous.

DR K. BENYACHOU

**CASA RADIOLOGIE**

Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 27 44 27 27 77 44 06 61 67 46 72



Casablanca, le 21/03/2019

**FACTURE :03431/2019**

Nom & Prénom : **SOBAI IDRISI AHMED**

Examen(s)	
IRM CEREBRALE	
Montant TOTAL	2500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
DEUX MILLE CINQ CENTS (2500 DH)

119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 27 44 27 / 05 22 27 77 44  
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU  
**CASA RADILOGIE**