

# 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 kinsithérapeute          |
| = 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 couvrant 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.

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 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  
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 échelonnées  
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 se présenter 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 1632327

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ATTIF SOURANE  
Matricule : 12345 Fonction : Chef de Dept Poste : 2147  
Adresse : Lot ALKROU 2 ANFA 2000 29 APPT 5 BTG 2 US 1556 ACBA  
Tél. : 06 61 MUG 86 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ATTIF ALMONNE Age 15 09 15  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : 18 JUN 2008  
Nature de la maladie : Origine  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances [Signature]  
A 17/06/19 le 17/06/19 Signature et cachet du médecin [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois


ACCUEIL SIEGE R  
Dr. Amma AOUBEID  
Médecin Spécialiste Pédiatrie  
6, Lot El Fath Immeuble El Fatha  
CASABLANCA - Tél: 05 22 58 63 65



## RELEVÉ 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
17/05/19	95		720,84	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/05/19	191,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

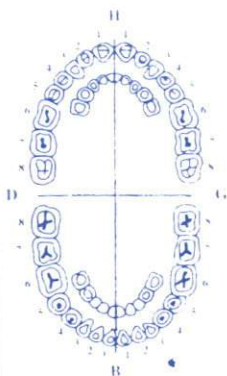
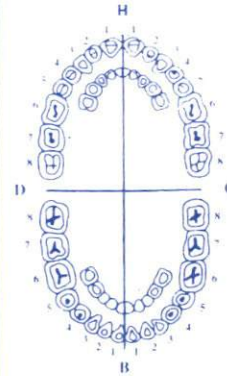
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

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

SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESE DENTAIRE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table><tr><td></td><td>H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>B</td><td>11433553</td></tr></table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																				
	25533412		21433552																			
	00000000		00000000																			
	D		G																			
	00000000		00000000																			
	35533411	B	11433553																			
	(Création, remont, adjonction)			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr.Amina AOUBEID

Spécialiste des Maladies  
de l' enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté  
de médecine de Casablanca

Ancien médecin résidente  
à l'hôpital d'enfant à Casablanca



الدكتورة أمينة عبيد  
إختصاصية في أمراض  
الطفل والرضيع  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى الأطفال

Casablanca, le 17

Nom : ATTIF- Salma

Age : 3 ans 9 mois

Poids : 18 kg 900

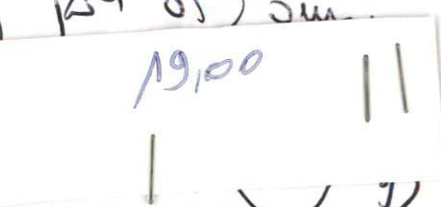
1) <sup>19,00</sup> Dna-dol. eff

1 box (~19) /  
<sup>40,00</sup>

2) Bio-Hyl

<sup>66.10 x 2</sup> 1 box (~132,20) 132,20

3) <sup>191,20</sup> ZAMox sup. eff



6 تجزئة الحاج فاتح، عمارة 10 رقم 3 الطابق 2 قرب سوق الحاج فاتح الألفة الدار البيضاء

6, Lot Haj Fateh Imm, 10, 2 éme étage N3°, (Prés Marché Haj Fateh) Oulfa, Casablanca

Tél.: 0522 90 63 63 - Urgence: 0655 28 18 42 - Email: aoubeidamina8@gmail.com