

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)
- PSY = 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 couvrant 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 au 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 HOSPITALIAIRE
- HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
- ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes effectués en plusieurs séances
- ACTES COMPORTANT UN OU PLUSIEURS ECHELONNES
- LES TRANSPORTS

- 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'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.



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 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 8636106

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MAACH Mohamed

Matricule : 737 Fonction : Retraité Poste : _____

Adresse : 41 Blvd Haj Fakh Oulfa Casablanca

Tél. : 0676 24 8961 Signature Adhérent : _____

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : _____ Age 020445

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : _____

Nature de la maladie : infection urinaire

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

A _____, le _____ / _____ / _____ Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE DATTIER TAZI Narjis 149 B, Lot. Haj Faraj 5, Lissasfa Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21</p>	<p>191,00</p>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

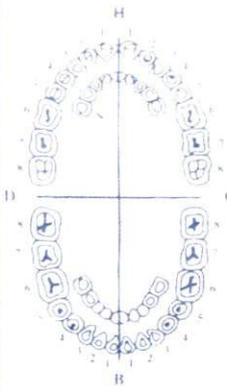
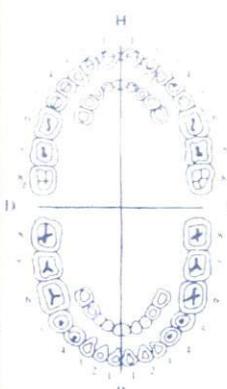
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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 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 <input type="text"/>																								
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">21433552</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">11433553</td> <td colspan="2"> </td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D	00000000	B		00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D	00000000	B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Clinique Al

OFKEN® 200 mg
Céfixime Remboursable AMO
Boîte de 8 comprimés pelliculés
PPV 102.00 DH



مصحدة الأمان

Casablanca le 04/01/19

M² TAACH. Mohand

89,00

HARMACIE DATTIER
TAZI Narjis
149 B, Lot. Haj Fatma 5, Lissasfa
Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21

1 / Spectrom 500 →

89,00

~~SV~~

14 x 2 / pletas

1 / Ofken 200 →

102,00

191,00

HARMACIE DATTIER
TAZI Narjis
149 B, Lot. Haj Fatma 5, Lissasfa
Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21

Dr. Amine EL MEJJAD
Chirurgien Urologue
Clinique Al Amane
05 22 25 38 72 - 05 22 25 10 62
Casablanca