

# 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 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 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.

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 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  
HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN HOPITAL

- 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 / 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 1563040

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL JADHUS Mohamed  
Matricule : 10639 Fonction : AGENT F Poste : 9617  
Adresse : 67 Zoubeir 18311 n° 4 ouija  
Tél. : 06 68 60 39 88 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Touati Bahija Age :                    
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 27/04/2019  
Nature de la maladie : Affection gynécologique  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :     
A Casa le 27/04/19 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 Médecin attestant le Paiement des Actes
27/04/10	consult		300 DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIL 1430 L'ANASSERONNE 2 Deroua TEL: 05 22 51 58 69	27/04/10	90,80

## 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 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																						
				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 border="0"> <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></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
	(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 L'EXECUTION



**Dr.Erchidi El Yacoubi Ilham**

**Spécialiste en Gynécologie Obstétrique**

**Diplômée de la faculté  
de médecine de Rabat**

**Accouchement - échographie 4D - chirurgie  
gynécologique - endoscopie - stérilité du couple  
Homéopathie - PMA - sénologie**



**الدكتورة الرشدي العقوبي إلهام**

**اختصاصية في أمراض النساء و التوليد**

**خريجة كلية الطب بالرباط**

**الفحص بالصدى 4D - جراحة أمراض الرحم - الجراحة المجهرية**

**فحص الرحم بالمنظيرة - أمراض الثدي - عقم الزوجين**

Casablanca Le: 27/05/19 **الدار البيضاء، صبي:**

*Handwritten signature: Dr. Erchidi El Yacoubi Ilham*

*Handwritten notes:*  
90,8  
1) Duphaston  
2x1 vs 10  
(A blue circular stamp with a stylized 'S' is visible next to the notes.)

**PHARMACIE ELFAIZ**  
N 50 LOT Khadija 2 Deroua  
TEL: 05 22 51 58 69

**Respecter les posologies indiquées**  
Uniquement sur ordonnance - Lire attentivement la notice intérieure avant Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

Fabricant:  
Abbott Biologicals BV  
Veerweg 12 - 8121 AA Olst Pays-Bas

6 118000 010517  
maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPR - 900H80  
Rachid Lamrini: Pharmacien Responsable 1102764

**Tel: 05 22 65 81 15 Gsm: 06 65 66 22 42: 25 جزمة الشهبية الزنقة 02 الطابق الأول الألف الدار البيضاء الهاتف**

**25 Lotissement Chahdya Rue2 1er étage Oulfa casablanca**

**Tel: 05 22 65 81 15 Gsm: 06 65 66 22 42 : erchidi\_ilham@yahoo.fr**