

Conditions générales

POUR LE PRATICIEN

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

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- ENPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- VN = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- C = Acte de pratique médicale courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques 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.

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
REVENTORIUM
JOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs actes échelonnés
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit
évenir 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 Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANEA
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

N° 037.903

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : A. T. MOUS Ali
Matricule : 13.23 Fonction : Adhèrent Poste : RAK
Adresse : 49, Lot. AKIOUJ SEMALALIA JIKAT
Tél. : 0668765930 Signature Adhèrent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhèrent ☐ 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

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
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

[illegible]

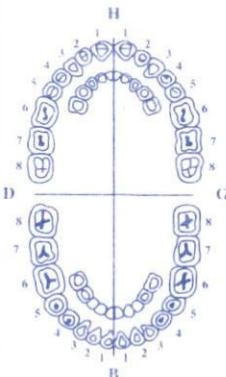
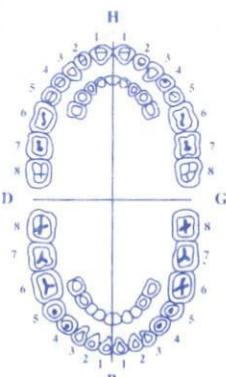
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du laboratoire et du Radiographe	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES A. HAMDOUNE Docteur en Pharmacie - Biologiste 52 Bd My Richid - MARSEILLE 15 Téléphone : 52 40 15	08/05/19 24/06/19	P45 P346 P45 P342	78.60 78.60

[illegible]

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 style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D —————</td> <td style="padding: 5px;">————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D —————	————— G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" 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 style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

AIT MOUS ALI
MATRICULE 1323

02 MAI 2017
Le/...../.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné: **DR. ADEL BENYAHYA**
CARDIOLOGUE
.....
Résidence: Maroc (ex: CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20

Certifie que ~~Mlle, Mme~~, M: AIT MOUS ALI

Présente
..... Des troubles du rythme cardiaque + pathologie valvulaire cardiaque + insuffisance cardiaque

Nécessitant un traitement d'une durée de:
..... durée indéterminée (longue durée)
..... TP + SMR a presc 1 fl/sem

Dont ci-joint l'ordonnance: Lorazepam 1mg + Naproxène 500mg + Colchicine 2,5mg + Warfarine 5mg + Taberlog 120mg + Ibum 120mg

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 1 année

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

DR. ADEL BENYAHYA
CARDIOLOGUE
Résidence: Maroc (ex: CTM)
Av Hassan II - Rabat Tél: 26.10.20



مختبر الجنوب للتحليلات الطبية

LABORATOIRE DU SUD D'Analyses Médicales

Dr. Abderrahim HAMDOUNE

Dr. d'Etat en Pharmacie

Pharmacien-Biologiste

عبد الرحيم حمدون

دكتور الدولة في الصيدلة

صيدلي إحيائي

Prénom : Nom :

AIT MOUSS ALI

Marrakech, le :

08/05/19

Exam. demandé par :

DR BENYAHYA

Réf. :

19/R. 654

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine:

Témoin : 13.50 secondes

Patient(e) : 29.70 secondes

Taux : 24.20 %

I.N.R : 4.00

مختبر الجنوب للتحليلات الطبية
LABORATOIRE DU SUD
A. HAMDOUNE
Docteur en Pharmacie - Biologiste
52 Bd. My R'chid Marrakech - Guéliz

52, شارع مولاي رشيد مراكش - جليز - الهاتف : 05 24 44 88 00 - الفاكس : 05 24 44 78 03

البناتنا : 45104084 - ض. ق. م. : 206446 - ص. و. ض. ج. : 1775090 - س. ت. : 35838

52, B.D, My R'chid Guéliz - Tél.: 0524 44 88 00 - Fax : 0524 44 78 03 - Marrakech

Patente : 45104084 - I.F. : 206446 - CNSS : 1775090 - R.C. : 35838

IF 68930410

L.S.A.M.



مختبر الجنوب للتحاليل الطبية

LABORATOIRE DU SUD D'Analyses Médicales

Dr. Abderrahim HAMDOUNE

Dr. d'Etat en Pharmacie

Pharmacien-Biologiste

عبد الرحيم حمدون

دكتور الدولة في الصيدلة

صيدلي إحيائي

Prénom : Nom :

AIT MOUSS ALI

Marrakech, le

24/06/19

Exam. demandé par :

DR BENYAHYA

Réf. :

19/R. 823

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine:

Témoin : 13.50 secondes

Patient(e) : 23.60 secondes

Taux : 33 %

I.N.R : 2.70

مختبر الجنوب للتحاليل الطبية
LABORATOIRE DU SUD
A. HAMDOUNE
Docteur en pharmacie - Biologiste
52 Bd. My R'chid Marrakech - G. M.

52, شارع مولاي رشيد مراكش - جليز - الهاتف : 05 24 44 88 00 - الفاكس : 05 24 44 78 03

الباتنا : 45104084 - ض. ق. م. : 206446 - ص. و. ض. ج. : 1775090 - س. ت. : 35838

52, B.D, My R'chid Guéliz - Tél.: 0524 44 88 00 - Fax : 0524 44 78 03 - Marrakech

Patente : 45104084 - I.F. : 206446 - CNSS : 1775090 - R.C. : 35838

LABORATOIRE DU SUD

D'ANALYSES MEDICALES

A. HAMDOUNE

Docteur en Pharmacie

Diplômé de la Faculté
de Montpellier

52, Bd. Moulay R'chid

Gueliz - Marrakech

Tél : 44-88-00

C. N. S. S 1775090

R. C. 35838

Patente 45104084

IFR : 68930410

مختبر الجنبوب

المتحليلات الطبية

عبد الرحيم حمدون

دكتور في الصيدلة

خريج كلية ماذنيلي

52 شارع مولاي رشيد

جليز - مراكش

الهاتف : 44-88-00

ص.و.ض.ج. 1775090

س.ت. 35838

N° 01855

FACTURE

19/R. 823

Marrakech, le 24/06/2019

ICE : 001607116000042

M. AIT MOUSS ALI

Doit :

Quantité	DESIGNATION	P. U.	P. T.
01	Prélèvement		25.00
01	TP		53.60
	Total		78.60
Arrêtée la présente facture à la somme de : SOIXANTE DIX HUIT DHS ET 60 CTMS.			
LABORATOIRE DU SUD A. HAMDOUNE Docteur en Pharmacie - Biologiste 52 Bd. Moulay R'chid Marrakech - Gueliz			

LABORATOIRE DU SUD

ANALYSES MEDICALES

A. HAMDOUNE

Docteur en Pharmacie

Diplômé de la Faculté

de Montpellier

52, Bd. Moulay R'chid

Guéliz - Marrakech

Tél : 44-88-00

C. N. S. S 1775090

R. C. 35838

Patente 45104084

IGR : 68930410

N° 01921

FACTURE

19/R. 654

مختبر الجنوب

لإختبارات الطبية

أ. الروحيم حمدون

دكتور في الصيدلة

خريج كلية مانتيلي

52 شارع مولاي رشيد

جليز - مراكش

الهاتف : 44-88-00

ص.و.ض.ج. 1775090

س.ت. 35838

Marrakech, le 08/05/2019

ICE : 001607116000042

M. AIT MOUSS ALI

Doit :

Quantité	DESIGNATION	P. U.	P. T.
01	Prélèvement		25.00
01	TP		53.60
	Total		78.60
Arrêtée la présente facture à la somme de :			
SOIXANTE DIX HUIT DHS ET 60 CTMS.			
مختبر الجنوب			
LABORATOIRE DU SUD			
A. HAMDOUNE			
Docteur en Pharmacie - Spécialiste			
52 Bd. Moulay R'chid Marrakech			