

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |     |  |
|-----|--|
| 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.

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

1 JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX / 05 22 91 26 52

TELEX / 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



**M U P R A S**

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

**FEUILLE DE SOINS MU 039128**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *TAHAR B. DRAZ*

Matricule : *09748* Fonction : *Sup. Reg.* Poste : *2135*

Adresse :

Tél. : *0663765599* Signature Adhérent : *D. R.*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Elidrissi Haling* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : *Douleur abdominale*

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

*Accident le 15/08/2002*

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15-07-19        | C2                |                       | 500,45                          | DR. OMAR AL-KOUDI<br>Chirurgien Dentiste                       |
|                 | ECHO              |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## 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 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 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX                     |
|--|----------------|------------------|-------------|--|
|  |                |                  |             |  |
| <b>O.D.F</b><br>PROTHESES DENTAIRES  |                |                  |             |  |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |                |                  |             |  |
| H<br>25533412  | 21433552       |                  |             | CŒFFICIENT DES TRAVAUX                     |
| D<br>00000000  | 00000000       |                  |             | MONTANT DES SOINS                          |
| D<br>00000000  | 00000000       |                  |             | DATE DU DEVIS                              |
| H<br>35533411  | 11433553       |                  |             | DATE DE L'EXECUTION                        |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                |                  |             |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |                |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX |

CABINET D'EXPLORATION URO-GYNECOLOGIQUE

CHIRURGIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN Dr O.MEKOUAR.

Casablanca le : 15/08/2019.

FACTURE

Mme : EL IDRISI HALIMA

MOTIF : DOULEUR PELVIENNE.

Consultation : 300DH

Echographie : 200 DH

Totale : 500 DH

Signé : O.MEKOUAR.

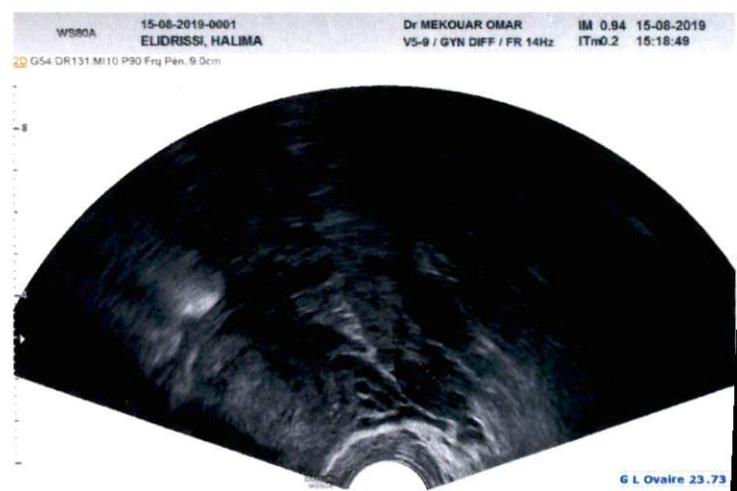
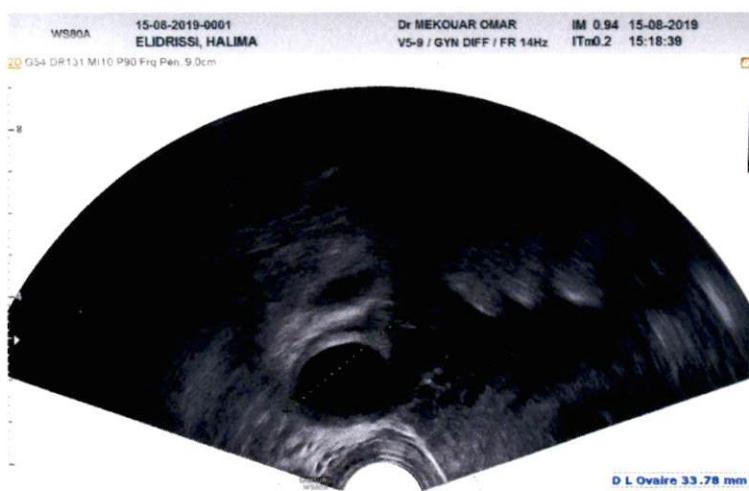
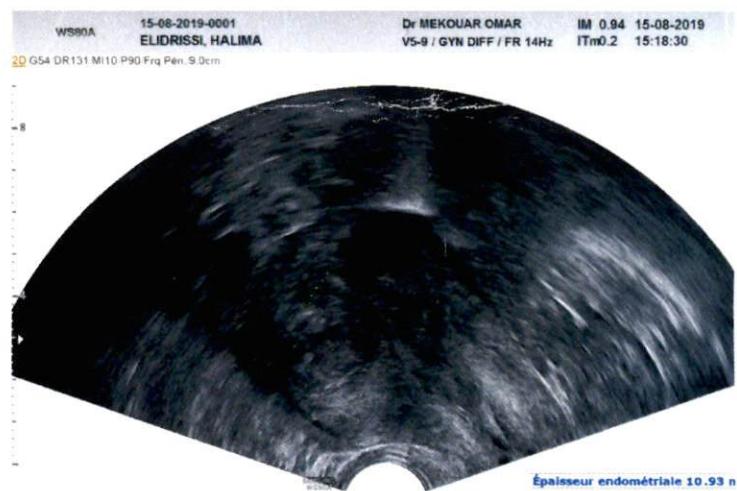
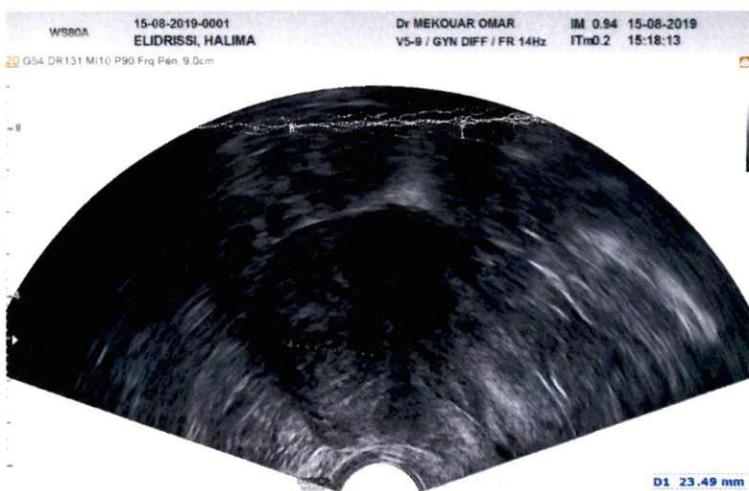
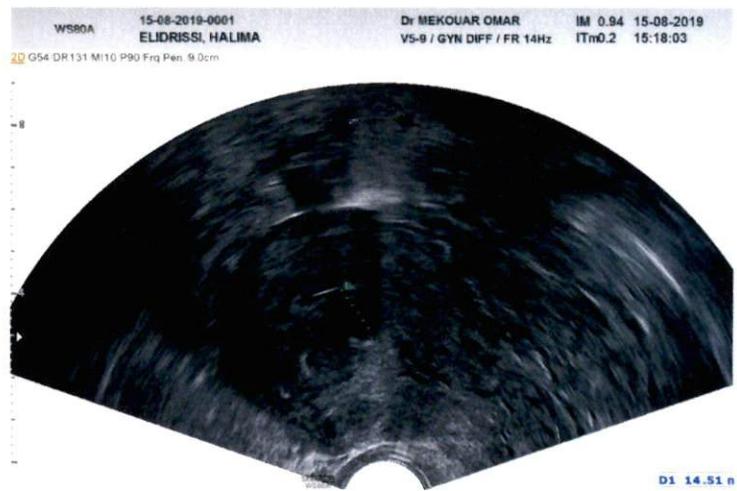
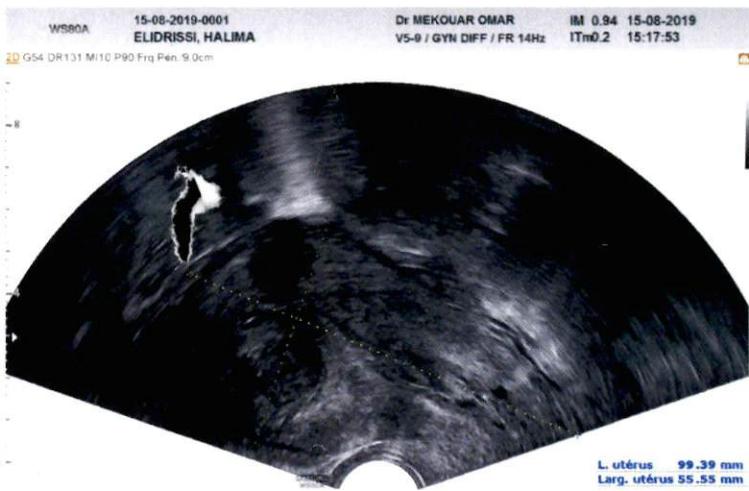
ANGLE RUE SOUMAYA ET BOULEVARD ABDELMOUMEN,  
RESIDENCE SHEHRAZADE 3. CASABLANCA.  
TEL : 0522.23.55.83 /0522.99.61.48 /FAX : 05.22.25.50.98  
GSM : 0661.34.54.65.

**Patient**

N° 15-08-2019-0001  
Nom ELIDRISSI, HALIMA  
D. naissance  
Sexe Féminin

**Examen**

N° d'accès 150820  
Date 15-08-2019  
Description Echographiste  
Echographiste DR MEKOU.



CABINET D'ECHOGRAPHIE DOPPLER

Dr Omar MEKOUAR.

Ancien chef de clinique des hôpitaux de Paris  
Et de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris V)

Angle rue soumaya et boulevard  
Abdelmoumen, résidence shéhrazade 3  
Casablanca TEL (022) 23.55.83.

Diplômé de médecine fœtale.

Diplôme universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale.

Casablanca le : 15/08/2019



: EL IDRISI HALIMA

**COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE**  
**GYNECOLOGIQUE.**

Echographe doppler couleur énergie 4D Samsung ELIT WS 80

Mis en service le 01/01/2017

**INDICATION :**

**Ménorragie.**

**RESULTAT :**

- Voie VAGINALE.
- Utérus anté- versé

Longueur du col et du corps : 99mm  
Largeur : 55mm.

Contours : irréguliers

Myomètre : hétérogène.  
Endomètre : 10mm.

**OVAIRES :**

Ovaire droit : 33mm

Ovaire gauche : 23mm

**CONCLUSION :**

**Fibrome type 0 de 2cm**  
**Fibrome type 2 de 3cm**

SIGNATAIRE : DR. OMAR MEKOUAR.