

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 courant 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 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

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM

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 échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPEDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE



M U P R A S
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
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

0529799

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *RADIGH ABDELA LI*

Matricule : *2190* Fonction : *Patronat*

Adresse :

Tél. : *06.64.09.99.86* Signature Adhérent :

Poste :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Nom & Prénom du patient : *Mr. RA'DI'ATI. AbdellAli* Age : *13*

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A *Cas* le *12.09.1999* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du praticien

Signature et cachet du praticien

Signature et cachet du praticien

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|----------------------------|
| PHARMACIE L'EXTENSION 24, Rue 8, Lissasta Extention - Casablanca Tél: 06 22 93 48 40 | 22/09/19 | 0658.14.62.01.55 278,60 |

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 s

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and labels H, D, B, G, and K. The teeth are arranged in a curve, with some being solid circles and others containing smaller symbols. The labels are positioned as follows: H is at the top center; D is on the left side; B is on the right side; G is at the bottom center; and K is on the far left and far right.

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | |
|---------------------------|--|
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANT DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| <hr/> | |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANT DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

ORDONNANCE

الدكتور وليم عبد الحفيظ

طبيب عسكري سابقًا خبير محلف
دبلوم تقنيات تنظيم النسل عند النساء
نيسانة 2 بلوكت (ب) رقم 341 الحفي الحسني
المدار البيضاء - المحمول: 0663.14.62.01

Date: 12/09/19

M- RADIGIT ASOL AG

58,40

Solupred® 20mg

58,40

PPV: 168,20 DH
LOT: 599330
PER: 01/20

PHARMACIE L'EXTENSION
24, Rue 8, Lissasfa
Extention - Casablanca
Tel: 05 22 93 48 40

168,20

52,00

278,60

LOT: M0809
EXP: JUN 2021
PPV: 52,00 DH

(R) 24 Solupred 20
37 Aufreihung 11/2019
37 Ultacream 8mg/100g 11/2019

الدكتور وليم عبد الحفيظ
طبيب عسكري سابقًا خبير محلف
دبلوم تقنيات تنظيم النسل عند النساء
نيسانة 2 بلوكت (ب) رقم 341 الحفي الحسني
المدار البيضاء - المحمول: 0663.14.62.01