

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 SANATORIUM

HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
à long terme comportant un ou plusieurs échelonnements
dans le temps.

- 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 se présenter 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 1583948

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : LAHLOU ABDELHAMID
Matricule : 8564 Fonction : CDR Poste : DDA
Adresse : 39, Av des pléiades, l'Anlage, Casa
Tél. : 06 61 42 82 79 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : LAHLOU ABDELHAMID Age [] [] [] [] [] []
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 CASA le 23/08/18 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
23/08/19	S		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie l'Ermitage 18, Avenue l'Ermitage - 022-86.19.24-Fax: 022-86.01.71	23/08/19	225,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

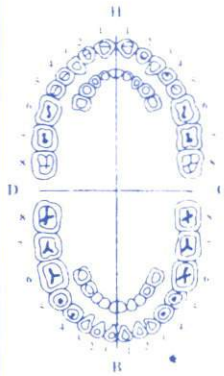
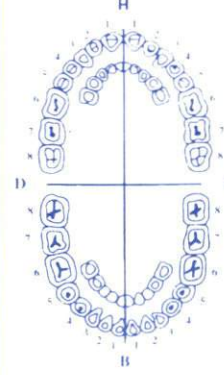
AUXILIAIRES MEDICAUX

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												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV
LOT
PER

41,80

ra Benal
écialist
ecine de Li

18,00
PPV 18DH00
PER 04/22
LOT 1964
S 1



EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 09/2021
LOT 86030 8

PPV 79DH70
PER 02/22
LOT 1422

A

79,70

Exp.:

CIP: 3400931000679
M8070215
07/2023

BOTTU SA
PPV : 28 DH 00

CAH 200 otherman

58,40

①

Effipred → 20

34/5/35

28,00

②

Dulipram → Vite

28,00

③

St-Jul

14 + 34/5/45

41,80

④

Enlax

20 x 3/5/14

15/105

Casablanca, le

28/8/15

05 22 86 15 32 : الفاكس - 05 22 86 37 27 : الهاتف - أنوال كايطل سائر شارع عبد المومن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الماتف

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1° étage - Tél: 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 : المستعجلات — Fax: 05 22 86 15 32 —

5
79.70 * 8 x 100 -

✓ 25,90 53/5

Pédicure Benkhadra Benabdelrazik
Pédicure Spécialiste
116, Anoual Capital Center Bld. Abdelmoumen
A. Bur. N° 9 - 1er Etage
Cabinet : 06 59 93 11 11
je Bld. Anoual Entrée "A" Cabinet : 06 63 05 28 43
05 22 86 37 27 - Urgence : 06 63 05 28 43