

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 MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
successifs comportant un ou plusieurs échelonnages
et les 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 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 1574293

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL YASTI NOHANNED
Matricule : 8591 Fonction : E.D.S Poste : 9013
Adresse : Habituelle
Tél. : 06 60 66 70 17 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : El yasti Ned Age : 31
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 31/08/19
Nature de la maladie : Balnéothérapie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A Rv le 31/08/19 Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1574293
Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt : 250 + 677,20 + 402
Montant engagé
Nombre de pièces jointes : 90419



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
31/08/19	S		256,50	Dr. Amina Ouzif Hépatogastro-Entérologie N° 136 Appt N° 2 Tél: 0555555555

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/19	637,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/09/19	6300	402,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

الدكتورة أمينة وزيف

اختصاصياً في أمراض الجهاز الهضمي

كلية الطب الرباط

المعدة- الأمعاء- الكبد- البواسير

دبلوم صدى التنظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

دبلوم أمراض التهاب الأمعاء المزمن : كلية الطب ليل

الفحص بالمنظار الداخلي بالفيديو

المعدة - الأمعاء - المخرج

الفحص بالصدى

أما أيضاً حرارة المخرج والبواسير

أما أيضاً حرارة المخرج والبواسير

LOT 18071/FC1
03/2021 PPC 75,00

LOT 18071/FC1
03/2021 PPC 75,00

LOT 17286
11/2020 PPC 75,00

1 sachet par jour, après le repas, à midi pendant 1 Mois

2 comprimés, 2 fois par jour, 1h avant le repas, pendant 20 Jours

1 sachet le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 8 jours

PROBIOTICSLIDER 14

Sachets

LOT : S01

PER : 01/2022

PRIX: 138.60 DH

شارع المسيرة رقم 1036 ش. رقم 2 (قرب المركز التجاري المنال) حي يعقوب المصنور - الرباط
Massira N° 1036, Appt. N°2 (A Côté du Complexe Al Manal) C.Y.M - RABAT
الهاتف : 0663 42 96 04 / 0537 79 03 33
البريد الإلكتروني : ouzzifa@yahoo.fr

Docteur Amina OUZZIF

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Faculté de Médecine RABAT

Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes

Diplôme d'Échoendoscopie :

Faculté de Médecine MARSEILLE

Diplôme des Maladies Inflammatoires Intestinales :

Faculté de Médecine LILLE

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie Médico-chirurgicale

الدكتورة أمينة وزيف

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

كلية الطب الرباط

المعدة- الأمعاء-الكبد-البواسير

دبلوم صدى التنظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

دبلوم أمراض التهاب الأمعاء المزمن : كلية الطب ليل

الفحص بالمنظار الداخلي بالفيديو

المعدة - الأمعاء - المخرج

الفحص بالصدى

أمراض وجراحة المخرج والبواسير

Demande d'analyses

31/08/2019

Mr EL YASTI MOHAMMED

Recherche de Ag de HP dans les selles

Dr. Amina OUZZIF
Hépatogastro-Entérologue
Proctologue
Av. Al Massira N° 1036 Appt. N° 2
C.Y.M. Rabat
Tél.: 0637 79 03 33 GSM: 0663 42 96 04



9049



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 16-09-2019

Mr EL YASTI Mohammed

Code : A19060577

Référence : A19090419

Du : 14-09-2019

Prescripteur : Dr OUZZIF Amina

Normes

Antériorités

EXAMEN DES SELLES

Ag de l'Helicobacter pylori dans les selles

Négatif



مختبر التحليلات الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 14-09-2019

Mr EL YASTI Mohammed

FACTURE N° A19090419

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0498	Helicobacter pylori antigenes	B300	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 402.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
quatre cent deux dirhams

