

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 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 le 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
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
ctes répétés en plusieurs séances ou actes
baux comportant un ou plusieurs échelons
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

En cas 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 652220

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : D AHOU N ADJA
Matricule : 9797 Fonction : Chef de Dept Poste : 23-18
Adresse :
Tél. : 05 22 91 23 18 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KOTNI OTHMANE 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 : CAS le 14/10/2014 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
14/09/19	CS		25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

INP : 9204456000 Pharmacie Naima 14, Bd. de la Tunisie Hély Hassenforder 1002 Tunisie Tunisie * PHARMACIE NAIMA INP : 9204456000 Achat du Pharmacien ou du Fourmisseur Montant de la Facture	Date	Montant de la Facture
	11/09/19	14450

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.

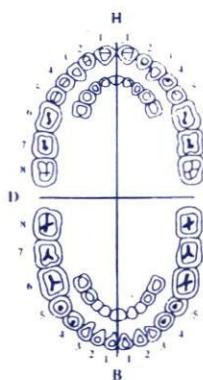
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Kamal EL MAKHLOUFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.
Explorations Fonctionnelles

Centre de Genève.
Hôpitaux Universitaires de Genève.
Lyon, Rouen et Bruxelles.
Internationale d'Oto-Neurologie.

PPV: 132DH00
PER: 12-20
LDT: B1826



الدكتور كمال المخلوفي

أمراض و بيراحة الأذن، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق.
والكتشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار

خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا.
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،
بروكسل، فرنسا

عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدورة

14/9/19

Dr Kamel El Makhlofi

132.00

S.V

Maxiclav 15

15ml 20g

S.V

n Catalf 50

15ml 30g

132.00



Dr. EL MAKHLOUFI Kamal
Chirurgien Oto Exploration Fonctionnelle
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
Et Route d'Azemmour - Casablanca
Tél: 05 22 89 52 52

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour , Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسني، ملتقي شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستجدلات : 06 76 27 76 65