



# 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)
- Y = 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 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

EJOUR EN MAISON DE REPOS

ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes éloignés 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

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit revenir 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



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

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 516003**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *NA CIR Aïcha*

Matricule : *X* Fonction : ..... Poste : .....

Adresse : .....

Tél. : *06 36 72 40 70* Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Naïm Aïsha* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : *26.7.21*

Nature de la maladie : *Asthme*

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

A *Caix* le *26.7.21* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

516003



Matricule N° : .....  
Nom du patient : .....  
Date de dépôt : .....  
Montant engagé .....  
Nombre de pièces jointes : .....

## 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
26.7.21			ca 150DH	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SUP'ANFA Mourad 05 21 95 01 00 05 18 35 29 80 00 083	24/07/2021	198,40

## 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	

## 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 cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000	G	MONTANT DES SOINS
D	00000000	00000000	B	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

**Docteur Souad GUESSOUS,**  
**MEDECINE GENERALE**

Diplômé de l'Université de Montpellier  
en Echographie Générale

D.U. de Gynécologie Médicale  
de l'Université de Strasbourg

Expert Assérmenté auprès des Tribunaux

119.Bd Afghanistan - Hay Hassani  
Casablanca

Tél : 05.22.90.34.75

**الدكتورة سعاد كسوس**  
**الطب العام**

خريجة جامعة مونبولي في الفحص  
بالامواج مالفوق الصوتية

حاصلة على شهادة أمراض النساء  
بستراسبورغ

Dr. GUESSOUS Souâd

INPE : 091069294

ICE : 001648436000096

IF : 514022 - الحي الحسني  
الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.34.75

Casablanca le .....

26.7.21

الدار البيضاء في :

49,60 x 64 SV

- 9 cm F

Nadir Afif

198,40

1 amp / 15j

X6 Days

الدواء المعلق  
PHARMACIE SUP ANFA  
Dr. Modraoui Bachir BHA  
Rte d'Azzemour, Afifa Supérieur  
Tel: 05.22.95.01.16  
ICE: 001835298000083

Dr. GUESSOUS Souad  
MEDECINE GENERALE  
GYNECOLOGIE MEDICALE  
ECHOGRAPHIE  
119. Bd Afghanistan - Hay Hassani  
Tél: 05.22.90.34.75

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21D27  
EXP: 04/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21D27  
EXP: 04/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21D27  
EXP: 04/2024

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21D27  
EXP: 04/2024