

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)
 - SY** = 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 courrant 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 au présentant 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 PRÉALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE

OSPITALISATION EN HÔPITAL

OSPITALISATION EN SANATORIUM OU
EVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
beaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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

Dentaire

DATE DE DÉPÔT



MUPRAS

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

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

N° 831010

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : OMARİ ABDELMAJİD

Matricule : 4176 Fonction : RETRAITÉ Poste :

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0668593259 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Kamel Fahs Age 06/10/1958

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint

Enfant

Date de la première visite du médecin : 13/07/2002

Nature de la maladie : maladie de la peau

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

A Casablanca, le 13/07/2002

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Chirurgien Dentiste

Tel. 05 22 93 50 55



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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

CIEN ATTESTANT LE DEVIS
Dr. YAKUBU EL ABD
Chirurgien Dentiste
T.P. 05.22.93.50.55

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, Le 19-07-2019

Dr. Yakoubi SOUSSANE
Chirurgien Dentiste
Bd EL ABED

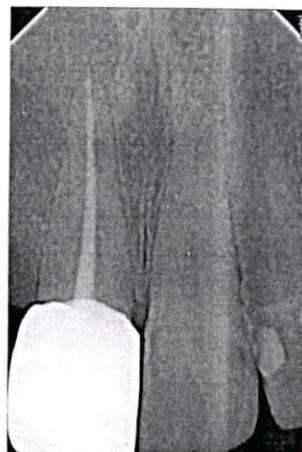
Nom Du Patient : **Kamal Fatiha**

facture

Dent N°	TraITEMENT à effectuer	Coefficient	Honoraires
15-14-12-24-25-26	APPAREIL hautVALPLAST 6 DENTS	D120	3200
36-37-46-47	APPAREIL bas VALPLAST 4 DENTS	D120	3200
11	Couronne céramocéramique	D200	3000
Total			9400

Le montant de soins s'élève à 9400 dhs.

Radiographie



Casablanca, Le 13-3-2019

Nom Du Patient : **Kamal Fatiha**

Devis

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
15-14- 12-24- 25-26	APPAREIL hautVALPLAST 6 DENTS	D120	3200
36-37- 46-47	APPAREIL bas VALPLAST 4 DENTS	D120	3200
11	Couronne céramocéramique	D200	3000
Total			9400

Le montant de soins s'élève à 9400 dhs.

Radiographie



Dr. YAKOUBI ZIZI Fatiha
Médecin Conseil

Dr. Yakoubi SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55

Acc 9440

Rx a Rabi