

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 kinsithérapeute
- 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 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
EVENORIUM
JOUR EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
actes répétés en plusieurs séances. ou actes
peaux comportant un ou plusieurs échelonnées
s le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

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



Dentaire

Ace

DATE DE DEPOT

MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 831010

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : OMAR ABDELMAJID
Matricule : 4176 Fonction : RETRAITE Poste :
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0668593259 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

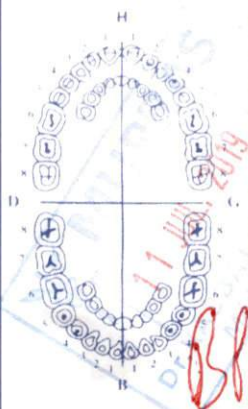
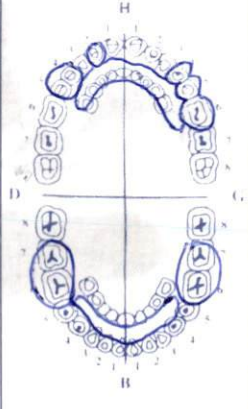
Nom & Prénom du patient : Kamel Fakha Age 06 | 09 | 58
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 13/3/15
Nature de la maladie : prothèse de hanche
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :
A : Casablanca, le 13/3/15 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois



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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																					
				MONTANT DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text" value="D440"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
			MONTANT DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text" value="940"/>																						
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text" value="13-3-15"/>																						
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text" value="19-6-19"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. YAKOUB BOUSSANE
EL ABED
 Chirurgien Dentiste
 Tel: 05.22.93.50.55

Casablanca, Le 19-07-2019

Nom Du Patient : **Kamal Fatiha**

facture

Dent N°	Traitement à effectuer	Coefficient	Honoraires
15-14-12-24-25-26	APPAREIL haut VALPLAST 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



11



✓

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 haut VALPLAST 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



11

Dr. YAKOUBI ZIZI Fatiha
Médecin Conseil
Acc D440
Dr. YAKOUBI SOUSSANE
EL ABED
Chirurgien Dentiste
Tel: 05.22.93.50.55