

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale couvrant l'acte de petite chirurgie
 K = 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 PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
 - L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
 - PREVENTORIUM
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
 - globaux 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

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

AEROPORT CASA ANFA
 CASABLANCA
 TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857/
 FAX : 91.26.52
 TELEX : 3998 MUT
 E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.com

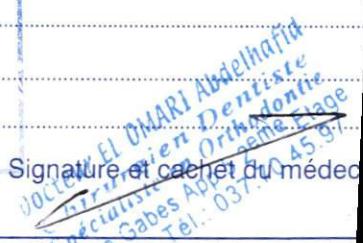
FEUILLE DE SOINS 693967

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAT
 Matricule : 10773 Fonction : Chef d'agence Poste : REP R
 Adresse : AV RAB RAKEN VILLA HASAN S. S. RABAT
 Tél. : 0668 81 59 91 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENKIRANE Sihat Age 11/11/17
 Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant
 Date de la première visite du médecin : 30/5/19
 Nature de la maladie : 
 S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances 02 JUL 2019
 A 30/6/2019 le 30/6/2019
 Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin : 
 Dr. EL OMARI Abdelhafid Dentiste
 Spécialiste en Orthodontie
 3, Rue Gabes Appartement 459
 Rabat - Tel. 037 71 45 90

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

Matricule N° : 693967
 Nom du patient :
 Date de dépôt :
 Montant engagé :
 Nombre de pièces jointes :


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoriaires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien u du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

Intendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs 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.

Dr. EL OMARI Abdelhafid

Chirurgien Dentiste

Spécialiste en Orthodontie

Diplômé de l'Université libre
de Bruxelles (U.L.B.) et du Centre
International des Science et Cliniques
Orthodontique à Brest en France



الدكتور العمري عبدالحفيظ

طبيب جراحي للأسنان

أخصائي في تقويم الأسنان

خريج

كلية

الطب

ببروكسي

والمركز الدولي في علوم تقويم الأسنان

برست - فرنسا

Rabat le : 30.1.15 : الرباط في :

FACTURE

BPZ
Dr. El Omari
4/8 AD

BEN KIRAN *El*
Sitham

300.00 DZ

Docteur EL OMARI Abdelhafid
Chirurgien Dentiste
Spécialiste en Orthodontie
6, Rue Gabess App 5 2ème Etage
Rabat - Tél.: 037.70.45.97

ICE : 00 166 584
IF : 341 55 438

زنقة قابس رقم 5 الطابق الثاني الرباط - الهاتف : 0537 70 45 97

6, Rue Gabess - Appt. 5 (2ème Etage) - Rabat - Tél : 0537 70 45 97

Patente : 25109690 - I.G.R : 34155438 - C.N.S.S : 2206515