

# 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)

CNPSPY = 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 courant et 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 PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL

- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

- PREVENTORIUM

- SEJOUR EN MAISON DE REPOS

- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes

- globaux 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 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



0667762010

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 /

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMa

**MUPRAS**

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

FEUILLE DE SOINS 1630920

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SMHOU ADEL

Matricule : 12576 Fonction : DPL

Adresse : CITE EL WAHDA, N 232, ALIA, MOHAMMEDIA

Tél. : 06 6776 2010 Signature Adhérent :

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SALHI Latifa

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Guinéco

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

A M. MOHAMMEDIA le 14/02/2019

Durée d'utilisation 3 mois

Age 143 108  
Conjoint  Enfant   
09.07.17 AVR 2019

MUPRAS RECEPION ACCUEIL  
ACCORDEUR  
ACCUEIL  
Mohammedia 14/02/2019

Signature et cachet du médecin

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
119	Horaires ACT		4400,00	 Clinique Les Mimosas Lot 200, Avenue 3d, KM 1, B.P. 233281 Sfax N° 4 Tél: 0521 32 80 50 / 0523 32 81 81

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Chet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE LES MIMOSAS - MOHAMMEDIA

MULTIDISCIPLINAIRE

Nom patient : **SALHI LATIFA**

Entrée **14/02/2019**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **15/02/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT ACCOUCHEMENT	1.00		4 400.00	4 400.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>4 400.00</b>

	<b>Total</b>	<b>4 400.00</b>
--	--------------	-----------------

Clinique Les Mimosas  
Bd Hassan II, La siesta N°4  
Mohammedia  
Tel. : 05 23 32 80 80 / 05 23 32 81 81

# CLINIQUE LES MIMOSAS - MOHAMMEDIA

MULTIDISCIPLINAIRE

MOHAMMEDIA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 14/02/2019 Heure 12:09

Nom et Prénom du patient Mr SALHI LATIFA

Age ou Date Naissance 34 - 13/08/1986

N° Cin du patient ou du tuteur T207548

Adresse RIAD ESSALAM BLOC CC NR 01 MOHAMMEDIA

Téléphone 0676846480

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant ABUNA

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation ACCT

Affiliation à une couverture maladie NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 15/02/2019

Heure 16:27

Durée d'hospitalisation (jours) 1

Nom et prénom du signataire

Signature



Bd Hassan II Mohammedia La siesta 4 - Tel :