

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 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 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 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 échelonnées 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



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 /
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMa

FEUILLE DE SOINS 1630920


A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SMHOU ADEL
Matricule : 12576 Fonction : DPL Poste :
Adresse : CITE EL WANDA, N232 ALA, MOHAMMEDIA
Tél. : 0667762010 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SALHI Latifa Age : 13 / 08 / 18
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 09.07.2019
Nature de la maladie : Gynécologie
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
Signature et cachet du médecin : [Signature]
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Nos	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
119	Forfait ACC		4400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

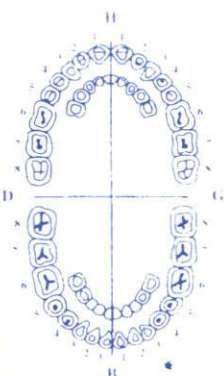
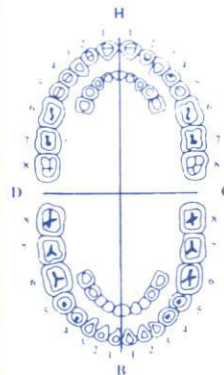
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																									
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
		B																							
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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
			Sous-Total	4 400.00

	Total	4 400.00

Clinique Les Mimosas
Bd Hassan II La Sesta N°4
Mohammedia
Tél. : 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