

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.

Le 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU HOSPITALISATION EN VENTORIUM

HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

de répétitions en plusieurs séances ou actes

aux comportant un ou plusieurs échelons

de temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE



MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 91.26.52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 612460

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : SOBAI' ISRISSI RAMEL
Matricule : 11717 Fonction : Contrôleur Poste : 2759
Adresse : 12. Bd LAH AIN ALFA CASABLANCA
Tél. : 06 22 34 10 93 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SOBAI' ISRISSI RAMEL Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 17.04.2019
Nature de la maladie : AUCUNE
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances Chute
A Chute le 21.03.2019
Durée d'utilisation 3 mois
Signature et cachet du médecin :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01/13/15	Fourniture de matériel	1000	1000	Dr. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire 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
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

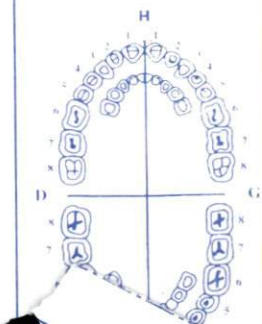
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
<div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>H</div> <div>G</div> <div>B</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANT DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie



Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient : Docteur Saâd SOULAMI Casablanca, le 21/12/19

Amis

Note d'honneur

- Echo Doppler Couleur

1 h 20 = 1000 DH

- Echo Doppler Noir

1 h 20 = 1000 DH

- Holter Rythme 24h

1 h 20 = 1000 DH

TOTAL = 3.000 DH

Jusqu'à

Dr Saâd SOULAMI
Professeur de Cardiologie
356, Rue Mostafa El Maâni
356, Rue Mostafa El Maâni - CASABLANCA

356, Zénقة مصطفى المعاني (قرب زénقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922