

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |     |  |
|-----|--|
| 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 enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

OSPITALISATION EN CLINIQUE  
OSPITALISATION EN HOPITAL  
OSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
EVENTORIUM  
OUR EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux 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

En cas 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.

DATE DE DEPOT



**M U P R A S**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1620328

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Anne DARY  
Matricule : 12104 Fonction : Cadre Poste : 2468  
Adresse : 16 Mansour Dahbi Mhammed  
Tél. : 0662 370837 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M DARY Anne Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Saute

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

*Examen Asservi  
UJ Bourg Moulay Hassan  
de la Psychiatrie  
Mazola Hayat 022 90 70 88  
Signature et cachet du médecin  
022 90 97 66*

A Casablanca le 27 MAY 2019 Durée d'utilisation 3 mois

## **RELEVE 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
27 MAY 2012	C		20000	<p style="text-align: center;">   <b>Dr. Rachid Mazola</b>          Médecin Assermenté          Expertiseur des Tribunaux          Rue Rachid Moulay Thami          Casablanca          Clinique Hay Hassani          Mazola, Hay Hassani, Casablanca          Tél. : 022 90 70 88 - Fax : 022 90 97 66       </p>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalai  
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
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
					MONTANT DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'