

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- SY = 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 courant 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 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.

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 confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HÔPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU VENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit des répétés en plusieurs séances ou actes aux 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

DATE DE DÉPÔT



# MUPRAS

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

AÉROPORT 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 1631474

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : RARAM NADIA

Matricule : 58 14 Fonction : CC Poste :

Adresse : Rue 26 N°60/62 GRU - ou Fd - CASA

Tél. : 0661 38 20 50 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : KARIM NADIA Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 27/04/11

Nature de la maladie : Ronitulay

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances 18 JUIN 2010

A CHM le 27/04/11 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

DI EL YOUSSEF Rattina  
Médical et administratif  
Médical et administratif  
Entrée 2  
17/04/11

## 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/04/15        | g1                |                       | 1300 DT                         | <br>Dr. EL YOUSSEFI<br>Médecin généraliste<br>Médical Consulting<br>Hadikat<br>05 44 30 00 00<br>Entrée 2<br>Casablanca<br>Tel: 05 24 44 30 00 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 28/04/2019 | 297,80                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | MONTANT DES SOINS             | DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|------------------------|-------------------------------|-------------------|-----------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--------------------------|--|--|
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>  |                  |             |                        | <b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      | <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             |                        | H                             | 25533412          | 21433552        | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANT DES SOINS</b> |  |  |
| H                                    | 25533412   | 21433552         |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
| D                                    | 00000000   | 00000000         |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
| G                                    | 00000000   | 00000000         |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
| B                                    | 35533411   | 11433553         |             |                        |                               |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                  |             |                        | <b>DATE DU DEVIS</b>          |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |
|                                      |  |                  |             |                        | <b>DATE DE L'EXECUTION</b>    |                   |                 |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                          |  |  |

Dr. ELYOUSSEFI Fatima

Médecine Générale

Médecine de Travail

Echographie

ECG



فاطمة

PPV : 168,20 DH  
LOT : 603369  
PER : 06/20

**Ordonnance**

Casablanca Le

25/04/19



Dr. Karan, Nouria

Ⓐ - Augmentin 160,20 mg x 7

Ⓑ - Apixel 69,00 mg x 7

Ⓒ - Doxycycline 200,00 mg x 7

Ⓓ - SoluMed 300 mg x 7

25/04/19

Dr. ELYOUSSEFI Fatima  
Médecine Générale  
Médecine de Travail  
Hadikat Oum Rabiâ - GH1 Entrée 2  
1er Etage Appart 2010 Casablanca  
Tél : 05 22 89 77 79



Hadikat Oum Rabiâ - GH1 - entrée 2 - 1er étg - Appart 5 ( Bd. Oum Rabiâ - face café Bla Bla )  
Tél : 05 22 89 77 79 - fatimaelyoussefi80@gmail.com