

## conditions générales

### 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 courante et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialités

- SF = Actes pratiques par la sage femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiques par la sage femme
- AMM = Actes pratiques par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiques par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiques par un Orthophoniste
- AMY = Actes pratiques par un aide-orthophoniste
- R - Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

### L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que, si après avis du contrôleur 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 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 confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

### LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

PITALISATION EN CLINIQUE  
PITALISATION EN HOPITAL  
PITALISATION EN SANATORIUM OU  
NTORIUM  
R, EN MAISON DE REPOS  
CTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
répétés en plusieurs séances ou actes  
comportant un ou plusieurs actes échelonnés  
temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE.

### EN CAS D'URGENCE

Actes 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



# MUPRAS

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

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 N° 103765

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **BENNAI DOUBI M J**  
Matricule : **4892** Fonction : **RETRAITE** Poste :  
Adresse : **PIAD JAWHAR N° 18 FARLA - RAK**  
Tél : **06 61582510** Signature Adhérent : **[Signature]**

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **Bennani Doubi Rin** Age **22** | **10** | **00**  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : **05/07/2019**  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
A **Marrakech**, le **05/07/2019**  
Durée d'utilisation 3 mois

**Dr. Zineb KANSOUSSI**  
Dermatologue - Vénérologue  
N° 62, Avenue Mohammed VI  
1er Etage - Marrakech  
Tél : 25 60/GSM : 95 92 63 64 38



## 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
07/07 2019	CS		200 DH	

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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>H</div> <div>25533412</div> <div>21433552</div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> <div>11433553</div> <div>G</div> </div>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT