

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)
- SY = 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 courrant 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.

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.

Ce 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU VENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelons
le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- 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

A. Libre

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

MUPRAS

RECEPTION

758139

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL FASSI EL FIHRI NEZHA

Matricule : 2144 Fonction : Retraitée Poste :

Adresse : Résidence Nadiia I.M.N. Agdal CASA

Tél. : 05-22-23-24-25 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient :

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A le / /

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

2. MUPRAS
18 JUIN
ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Cité Yasmine Complexe Commercial Yasmine, Talmoudia - Route de Casablanca - 20000 - Marrakech Tél: (+212) 524292077	15/07/19	42,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

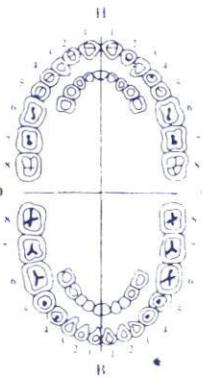
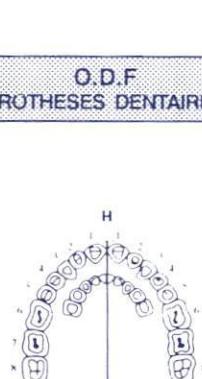
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE
H	25533412	21433552	G	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000		MONTANT DES SOINS
B	00000000	00000000		DATE DU DEVIS
	35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE

PHARMACIE CITE YASMINE

MME EL ABBASSI NAWAR

CENTRE COMMERCIAL YASMINE RT CASA

MARRAKECH

Taxe Profes. N°: 64495003

N° R.C. : 105624

N° ID.F. : 70945088

N° CNSS : 833042

Tel : 0524292077

Fax

ELFASSI EL FIHRI NEZHA

I.C.E. :

N° ICE 00116419480000

Le : 15/07/2019

FACTURE N°: 43/19

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	PREDNI 20MG CP	42.00	42.00
Total :			42,00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE DEUX DIRHAMS

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

42.00

Pharmacie cité Yasmine
Mme Nawar EL ABBASSI
Complexe commercial Yasmine
route de casa Marrakech
R.C: 105624-Tel: 64495037-ID: 70945088