

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.

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 au 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 REVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons sans le temps.

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

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit révenir 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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 817296

MUPRAS
RECEPTION

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL FASSI EL FIKRI NEZHA
Matricule : 2144 Fonction : Retraité Poste :
Adresse : Résidence Nadia I.M.N. Apt 18. 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

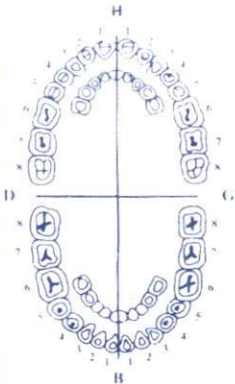
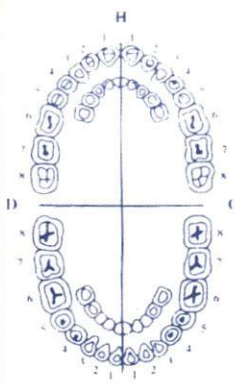


[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 15/07/19 | 60,10 |

[illegible][illegible]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|----------------------|--|----------|--|--|----------|--|----------|--|--|----------|--|----------|--|--|----------|--|----------|--|--|----------|--|---|--|--|--|--|--|----------------------------|----------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | MONTANT DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table><tr><td colspan="2">H</td><td></td><td colspan="2">G</td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td></td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td></td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td><td colspan="2"></td></tr></table> | | | H | | | G | | 25533412 | | | 21433552 | | 00000000 | | | 00000000 | | 00000000 | | | 00000000 | | 35533411 | | | 11433553 | | B | | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | H | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | | | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | | | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | | | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANT DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DU DEVIS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

PHARMACIE C. TE 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

N° ICE 00116419480000

ELFASSI EL FIHRI NEZHA

I.C.E. :

Le : 15/07/2019

FACTURE N°:

44/19

| Qté | Désignation | Prix | Montant |
|---------|-----------------------|-------|---------|
| 2 | OTRIVINE 1% GTTES NAS | 19.30 | 38.60 |
| 1 | MIGRALGINE COMPS/20 | 21.50 | 21.50 |
| TVA 7%: | | 3.93 | |
| Total : | | | 60,10 |

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

SEPTANTE DIRHAMS ET DIX CTS

Pharmacie cité Yasmine

Mme Nawar EL ABBASSI

Complexe Commercial Yasmine

route de casa Marrakech

R.C: 105624 - Pat: 644950037 - I.F: 70495088

P.V: 21DH50
PER: 12/20
LOT: H2682

LOT: M0571 2021
EXP: AUT 2021
PPV: 19,30 DH

LOT: M0574
EXP: SEP 2021
PPV: 19,30 DH