

# 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 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 kinesithérapeute
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 PRÉALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE

L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL

L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
PREVENTORIUM

SEJOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances, ou actes  
globeaux 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



# MUPRAS

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

DATE DE DÉPÔT  
*A. EL HABIB*  
AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 817294

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : EL FASSI EL FIHRI NEZHA

Matricule : 2144 Fonction : Retraitee, Poste : \_\_\_\_\_

Adresse : Residence Nadia S.A.O.N. Apk 18a 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



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Pharmacie Oulad Youssef Complexe Commercial Yassine Talmoudi Route de Casa, 4ème étage Marrakech Tél : (+212) 524 20077</p>	15/07/19	58,30

## **ANALYSES – RADIOGRAPHIES**

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du Praticien	Date 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 des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	B
D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
	C	

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

## COEFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANT DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANT  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE: 25

**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

N° ICE 00116419480000

ELFASSI EL FIHRI NEZHA

I.C.E. :

Le : 15/07/2019

**FACTURE N°:**

**45/19**

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	OTRIVINE 1% GTTES NAS.	19.30	19.30
1	RINOMICINE SACHETS.10	22.70	22.70
1	APETINE COMPS.30(PM)	16.30	16.30
<b>TVA 7%:</b>		<b>3.81</b>	
		<b>Total :</b>	<b>58,30</b>

*Arrêtée la présente Facture à la Somme de :*  
 CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

Pharmacie cité Yasmine  
 Mme Nawar EL ABBASSI  
 Complexe commercial Yasmine  
 route de casa Marrakech  
 R.C:105624-Pat:64495037-IDF:70495088

**Apétine®**  
 Cyproheptadine 4 mg



LOT : 1481  
 UT.AV:02-22  
 PPV: 22DH70