

# 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.

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 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  
HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
à l'exception d'un ou plusieurs échelonnés  
sur les temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS  
- LES CURES THERMALES  
- LA CIRCONCISION  
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit se présenter 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 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1594912

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Jean Hassan  
Matricule : 12441 Fonction : Chief Dept Poste :  
Adresse : Lot 04/01 N.35  
Tél. : 0668707154 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Youssef Rina Age 13 | 07 | 17  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : 01-06-2019  
Nature de la maladie : Vaccinations + Toux  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
A 14 le 01-06-2019 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. SANHAJ AMRANI Zoubeida  
Spécialiste des Maladies  
Généralistes et des Enfants  
55 37 68 63 47

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
06-09	G	1	1000F	<p><b>Dr. SANJAY AMRANI</b>  <b>Spécialiste des Maladies des Nourissons et d'Enfants</b></p> <p>54, Angle Al Capra et Rue de l'Indépendance, Néme Et          Appz N°11, Agdal-Alger-Tel : 05 27 68 57</p>

Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

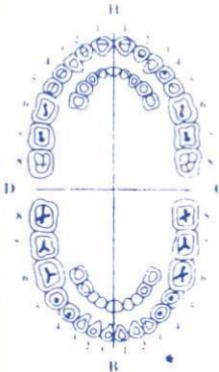
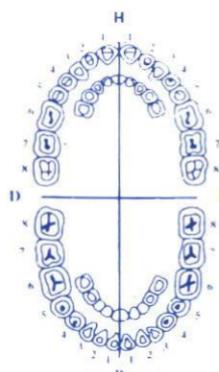
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE NARDA</b> <b>Mme FEDWA GHALEB</b> Bis. Av. Bir Kacem, Souissi-Rabat Tél.: 05 37 65 99 77 <b>DE : 102057205</b>	01/06/19	208,00

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

PHARMACIE GHaleb  
Mme FEDWA GHaleb  
7 Bis, Av. Bir Kacem, Souissi-Rabat  
Tél.: 05 37 65 99 77

INPE : 102057205

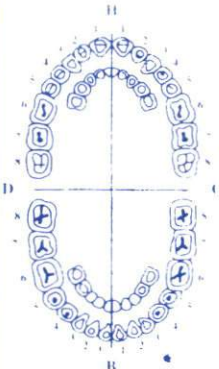
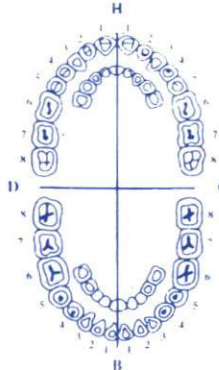
[illegible][illegible]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES					
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				<b>Coefficient des Travaux</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>	
				<b>Montant des Soins</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>	
				<b>Début d'exécution</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>	
				<b>Fin d'exécution</b> <input style="width: 80px;" type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div> </td></tr></table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>B</span> </div>				

 **Coefficient des Travaux** || **(Création, remont, adjonction)**   Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | **Montant des Soins** |
			**Date du Devis**	
			**Date de l'exécution**	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canala ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																				
					Coefficient des Travaux																																			
	DETERMINATION DU Coefficient MASTICATOIRE				Coefficient des Travaux																																			
	<table><tr><td colspan="2"></td><td>H</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>25533412</td><td></td><td> </td><td></td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td> </td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>B</td><td>G</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td></td><td> </td><td></td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td></td><td> </td><td></td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="5"></td></tr></table>						H			25533412				21433552	00000000				00000000	D		B	G		00000000				00000000	35533411				11433553						MONTANT des Soins
			H																																					
	25533412				21433552																																			
	00000000				00000000																																			
	D		B	G																																				
	00000000				00000000																																			
	35533411				11433553																																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS																																			
					DATE DE L'EXECUTION																																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Ybar d'ina

Rabat le 01.06.2019

31,90

1) Primalan 2p

2c. au matin et soir pdt 15j

27,10

2) Nudol 2p

1c. au matin et soir pdt 8j

149,00

3) Prinax

208,00

PHARMACIE WARD  
Mme FEDWA GHALEB  
7 Bis, Av. Bir Kacem, Souissi-Rabat  
Tél.: 05 37 66 99 77

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubaida  
Spécialiste des Maladies  
des Nourissons et des Enfants  
54, Angle Av. Oqba et Rue Ain Asserdoune, 4ème Etg.  
App. N°11, Agdal-Rabat-Tél : 05 37 68 63 47



54, Angle Avenue Oqba et Rue Ain Asserdoune , appartement N°11 Agdal Rabat

Tél : 0537 686 347 - Email : zousanh@hotmail.com

# Priorix™

powder must be reconstituted with the solvent  
 poudre doit être reconstituée avec le solvant  
 polvo debe reconstituirse con el solvente

r reconstitution/Après reconstitution/Después de la reconstitución,  
 se/dosis (0.5 ml) contains/contient/contiene:

attenuated measles virus (Schwarz strain)/ Virus de la rougeole vivant atténué (souche Schwarz)/ Virus vivo  
 uado del sarampión (cepa Schwarz)  $\geq 10^{3.0}$  CCID<sub>50</sub>/DICC<sub>50</sub>  
 attenuated mumps virus (RIT4385 strain)/ Virus des oreillons vivant atténué (souche RIT 4385)/ Virus vivo  
 uendo de la parotiditis (cepa RIT 4385)  $\geq 10^{3.7}$  CCID<sub>50</sub>/DICC<sub>50</sub>  
 attenuated rubella virus (Wistar RA 27/3 strain)/ Virus de la rubéole vivant atténué (souche Wistar RA 27/3)/  
 103.0 CCID<sub>50</sub>/DICC<sub>50</sub>

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV : 149.00 DH  
 ID : 621873  
 6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)  
 Inj./Inyec.: S.C. / I.M.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.  
 يحفظ بعيداً عن مرمى ومتناول الأطفال.

Lire la notice avant utilisation.  
 يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
 يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
 احترام المقادير الموصوفة

LOT : 8MA085  
 PER.: 02/2020  
 PRIMALAN  
 SIROP FL 120 ML  
 P.P.V : 31DH90  
 118000 011347



PIERRE FABRE MEDICAMENT

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,  
 Zenata, Ain Sebaâ, Maroc.  
 Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

PPV (DH) : 27.90  
 LOT N° :  
 UT. AV.:

موكسول  
 أسيروكسول

بدون سكر

755.497.05.15