

# 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.

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 enveloppe confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
VENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit  
des répétés en plusieurs séances ou actes  
aux 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

## EN CAS D'URGENCE

En cas 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.

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA

CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2851 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma



**MUPRAS**

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

FEUILLE DE SOINS 1594987

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : *Rahmi Sajida*

Matricule : *4301* Fonction : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Signature Adhérent : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Rahmi Sajida* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : \_\_\_\_\_

Nature de la maladie : *Vaccination*

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

A *CASA* le *31/05/2019* Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

*RAHMI S. DERSI*  
Institut Royal Air Maroc

## RELEVE 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
31/05/19	2	81	20000	 Dr. N. DERSI Institut Pasteur Maroc

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	31/05/19	657,09
	04/06/2019	592,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cache 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
		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 s

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



Institut Pasteur  
du Maroc

Casablanca le, 31/05/19

497,00



1/ MALANIL

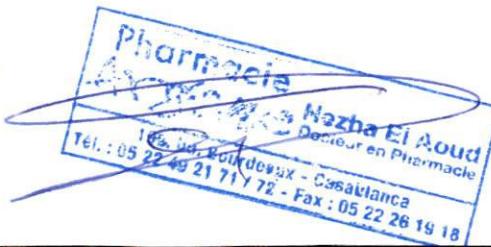
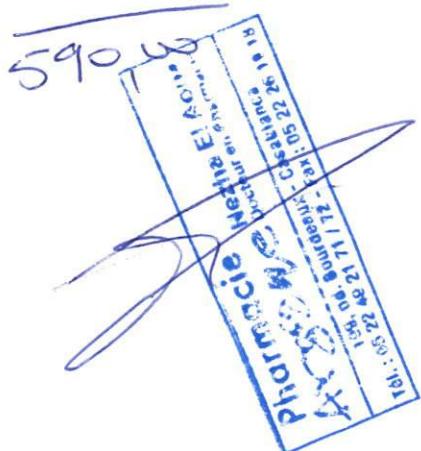
- 1 Comprimé la veille du voyage  
1 Comprimé par jour pendant la durée du séjour  
1 Comprimé par jour pendant 7 jours au retour

93,00

2/ MOUSTISPRAY



Appliquer sans frotter, en préférant les jambes, le tronc et les bras.  
Renouveler l'application toutes les 4 heures.



gsk GlaxoSmithKline

EXP

LOT

## Malanil™ comprimés pelliculés atovaquone/chlorhydrate de proguanil

Chaque comprimé pelliculé contient :  
250 mg d'atovaquone + 100 mg de chlorhydrate de proguanil

12 comprimés pelliculés  
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
Excipient à effet notoire: sodium.  
A conserver à une température entre 15 et 30°C.  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE. LISTE I.

Comprimé pelliculé à 250 mg/100 mg

Fabriqué par :  
GlaxoSmithKline Inc., Mississauga, Canada.  
Glaxo Wellcome, S.A., Espagne.  
Malanil est une marque des sociétés du  
Groupe GlaxoSmithKline

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

gsk GlaxoSmithKline

## Malanil™ Tablets atovaquone/proguanil hydrochloride

Each tablet contains:  
atovaquone 250 mg + proguanil hydrochloride 100 mg

12 tablets

14.05.06/2019  
23H45

1 tablet 250 mg/100 mg

ID : 611179

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 497.00 DH

6 118001 142064

Le ..... 31/05/2013. في

RAHMI SAMA

① STOMATRICE

② NIMONIX

③ TYRHYMEX



Dr. AL DERSI  
Institut Pasteur Maroc



Date	Code client
31/05/2019	BE864775

RAHMI SALMA

Facture : FC / MED / 2019-024616

Préstation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Espèces
Vaccination fièvre jaune	1,00	130,84	0,00	130,84
Vaccination anti-typhoïde	1,00	21,00	0,00	21,00
Vaccination anti-méningite ACYW	1,00	375,70	0,00	375,70
Acte Vaccinal	1,00	4,67	0,00	4,67
Consultation généraliste + Certificat vaccinal	1	74,77	0,00	74,77

Total HT	606,98
Montant TVA(7%)	42,49
Frais timbre(0.25%)	1,62
Total TTC	651,09

IP IF:01085828 PATENTE:36340200 ICE:001594848000023



Date	Code client
31/05/2019	BE864775

RAHMI SALMA

FC / MED / 2019-024616

Désignation	Quantité	Total TTC	Mode de règlement
Vaccination fièvre jaune	1,00	651,09	Espèces
Vaccination anti-typhoïde	1,00	651,09	Espèces
Vaccination anti-méningite ACYW	1,00	651,09	Espèces
Acte Vaccinal	1,00	651,09	Espèces
Consultation généraliste + Certificat vaccinal	1	651,09	Espèces