

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 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 MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
des répétées en plusieurs séances ou actes
aux comportant un ou plusieurs échelonnées
dans 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 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



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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 912684

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : BOURAHIA NABILA
Matricule : 12786 Fonction : Manager Poste : 2846
Adresse : 101 Ave n° 42 Dr. Bouazza, Casablanca
Tél : 06 62 78 20 59 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : M. BOURAHIA NABILA Age 34 ans
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 03 SEP 2019
Nature de la maladie : Cholera
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances [Signature]
A CASA le 03 08 2019 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Docteur [Signature]
SPECIALISTE
03, BD MASSARA, CASABLANCA
Tél : 05 22 91 26 46

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
03/08/2019	C		300,00dh	Docteur Abdelhak SPECIALISTE O.R.L. 13, Bd MASSIRA AL KHADRA - Maârif Tél : 022 25 93 88 / Fax : 022 23 37 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ALIA Dr BENCHEKROUN 13, Bd Massira Al Khadra Tél: 05 22 23 79 28 - Casa	03/08/19	179,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet 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
		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 soins

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANT DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L



الدمجتور الزيزي عبد الحق
Docteur ZIZI Abdelhak

O.R.L. Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L.

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة : الأنف - الحلق - الأذن - والعنق - الصمم و الدوخة
Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SURDITES - VERTIGES
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le : 03/08/2019 : الدار البيضاء، في

Mme. BOURAHIA NABILA

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, Bd MASSIRA EL KHADRA Maârif
Tél: 05 22 25 93 89 - Tél & Fax: 05 22 23 47 73

8730
Monogala

34,70

Scat long.

49,10

Kalut 20

15,10

Toxerik

التعليمات الخاصة بالحقن:

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.
 يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثر بعد فتح العبوة لأول مرة.
 يجب حفظ الدواء في العبوة الأصلية.
 يجب حفظ بعيدا عن متناول الأطفال.
 يجب حفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

تعليمات الاستعمال:

LOT: 8MA077
 PER: 09 2020

TOPLEXIL
 SIROP FL 150 ML
 P.P.V.: 150H70
 6 118000 060901



Medicament non soumis à prescription médicale.
 يحفظ هذا الدواء بدون وصفة طبية.

Titulaire d'AMM au Maroc :
 sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
 Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.
 Nom et adresse du fabricant :
 Maphar, Km 10, Route Côtière 111, QT-Zenata,
 Ain Sebaa, Casablanca.

20 mg

S-CORT®

Prednisolone

20

Comprimés effervescents sécables

Voie orale

MC PHARMA

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

34,70

S-CORT®

Prednisolone

20 Comprimés

6 118

Composition :
 Prednisolone,
 (sous forme de
 sodique de pr
 Excipients
 effervescent se
 Excipients à eff
 Lactose, sorbit
 AMM N° 173/1



كليسيت

أوميبرازول — 20 ملغ

KALEST 20 mg
Omeprazole (DCI)
14 gélules



MC PHARMA

L0T 181037
EXP 02/2021
PPV 42.00DH

756.732.01.18

Lot: 1088316
Fab: 06-2017
Exp: 05-2020

رقم:
صنع في:
صالح الي:

.....Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours.
Traitement débuté le.....
..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال أيام.
..... بدأ العلاج بتاريخ

Titulaire de l'AMM au Maroc /
ملك ترخيص التسويق في المغرب
Laboratoires Maphar
Km 10, route côtière 111
Quartier industriel
Zenata-Ain Sebâa
MAROC
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable
Fabricant / المصنع
Abbvie SRL
Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,
Campoverde, Aprilia (LT)
I-04011, Italy No. 00M299



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebâa Casablanca
Monozeclar 500 mg cp pel
lm b6 mv
P.P.V: 87,30 DH



MONOZECLAR®
500 mg Clarithromycine

5 comprimés pelliculés à libération modifiée

مونوزيكلاز

كلاريثروميسين 500 ملغ

5 الأقراص مغطاة ذات التحرير معدل



شركة المصنعة