

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

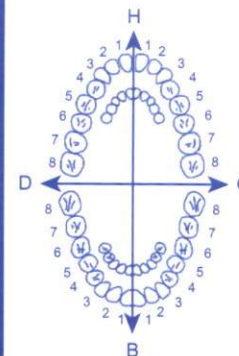
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

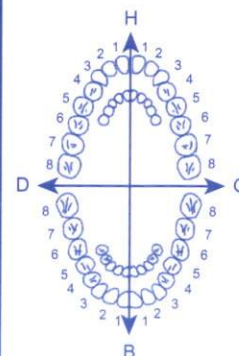
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | | | |
|-------|--|-----|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z | = Electro - Radiologie |
| PC | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialistes | | |

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

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU | - LA REEDUCATION |
| - PREVENTORIUM | |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir 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 : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 707632

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHAFCHAOUNI MOUSSAOUI Moha
Matricule : 3529 Fonction : Technique Poste : Retraite
Adresse : 37 Avenue Adolphe HAY RIAD RABAT
Tél : 0661372142 Signature Adhérent : Chafchaoui
Total des frais 837,80 DH

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : CHAFCHAOUNI Meo Age 30 | 03 | 47
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 24/10/2022
Nature de la maladie : Maladie cérébrovasculaire
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances Non
A Rabat le 14/11/2022 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois



VOLET ADHERENT


DECLARATION 707632
Matricule N° : 3529
Nom du patient : CHAFCHAOUNI
Date de dépôt : 22/11/2022
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :




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
24/10/22	Consultation		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/22	47.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/10/22	Rx Main F+P El Ghazal	850 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

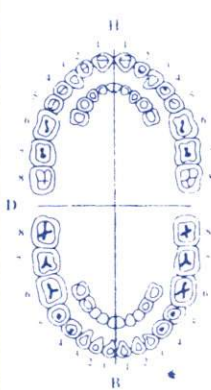
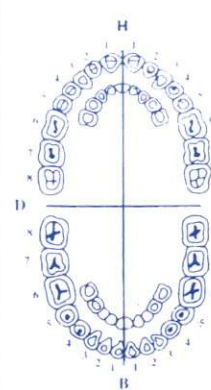
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux ainsi que le bilan de l'ODF.

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 border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION								

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 24/10/2022

M. CHAFCHAOUNI Mohamed (né en 1947)

Examen demandé par : -

MAIN DROITE DE FACE ET DE PROFIL

Renseignements cliniques : *Gonflement de la main droite.*

- Déminéralisation osseuse.
- Rhizarthrose du pouce.
- Arthrose métacarpo-phalangienne du pouce.
- Arthrose inter-phalangienne proximale et distale.

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 67 54 07
INPE: 101125995

AS/SA

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 24/10/2022

M. CHAFCHAOUNI Mohamed (né en 1947)

Examen demandé par : -

ECHOGRAPHIE DE LA MAIN ET DU POIGNET DROITS

Renseignements cliniques : *Gonflement de la main droite.*

- **Discret œdème sous-cutané de la face dorsale de la main droite.**
- **Lame d'épanchement articulaire radio-carpienne.**
- Absence d'épaississement des tendons ou de ténosynovite en particulier des extenseurs.
- Absence d'hématome ou de collection anormale au niveau des parties molles.
- **Absence de thrombose veineuse.**

Dr. Ghita T. BENJELLOUN
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 67 54 07
INPE : 101023240

GTB/MN

CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

Rabat - Agdal

F A C T U R E

Numero: J/01963

Rabat 24/10/2022

Nom patient	Date examens
CHAFCHAOUNI MOHAMED	24/10/2022

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
MAIN F+P	250,00
ECHO MAIN	600,00
TOTAL	850,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49-Fax: 0537 67 54 07
INPE : 101125995

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ



DIRECTEUR MÉDICAL

Pr A. Bensouda

CARDIOLOGIE

Unité de Soins Intensifs, Secteur
Clinique et Explorations

Pr R. Fellat, Chef de Service P.I.

Pr R. Bennani

Pr N. Fellat

Pr Ass N. Bendagha

Pr Ass A. Soufiani

Dr A. Ait Zaid

Dr H. Benabdellah

Dr L. Bouchara

Dr L. Daoud

Dr S. Es Sebani

Dr N. Ibrahim

Dr P.E. Konan

Dr L. Konaté

Dr L. Louah

Dr J. Raoui

CHIRURGIE CARDIO
VASCULAIRE

Pr S. Moughil, Chef de Service

Pr L. Marmade

Dr F. Lachhab

Dr M. Tribak

RÉANIMATION
ANESTHÉSIE

Pr A. Bensouda

Dr H. Leghlimi

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES

Dr N. El Kadiri

MÉDECINS ATTACHÉS À TEMPS
PLEINS

Pr H. Benjelloun

Dr O. Akalay

Dr A. El Fassi

MÉDECIN ATTACHÉ À TEMPS
PARTIEL

Pr B.E. El Younassi

Dr. KONATE LASSANA
Cardiologue Interventionnel
Ligue Nationale CARDIO-IX
CHU IBN SINA RABAT
Officier de l'Ordre National du Mali
Consult. H. Mail à Kénitra
INPE : 101280410

24/10/22
Hafchaoui

Radio main / F
10
Echo mai

Dr. Abdelhafid SBIHI
Cabinet de Radiologie de l'Agdal
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle
Rue Ibn Hanbel, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 49 49-Fax: 0537 67 54 07
INPE : 101125995

Dr. KONATE LASSANA
Cardiologue Interventionnel
Ligue Nationale CARDIO-IX
CHU IBN SINA RABAT
Officier de l'Ordre National du Mali
Consult. H. Mail à Kénitra
INPE : 101280410

SOUS LE HAUT PATRONAGE DE SA MAJESTE LE ROI MOHAMMED VI

Ligue Nationale De Lutte Contre Les Maladies Cardiovasculaires

Siège Principal : Hôpital Ibn Sina 5ème étage - Rabat



تحت الرعاية السامية لصاحب الجلالة الملك محمد السادس

العصبة الوطنية لمقاومة أمراض القلب و الشرايين

المقر الرئيسي : مستشفى ابن سينا - الطابق الخامس - الرباط

Urgences Cardiovasculaires 24h/24

05 37 67 48 88

مستعجلات أمراض القلب 24 س / 24

DIRECTEUR MÉDICAL

Pr A. Bensouda

CARDIOLOGIE

Unité de Soins Intensifs, Secteur
Clinique et Explorations

Pr R. Fellat, Chef de Service P.I.

Pr R. Bennani

Pr N. Fellat

Pr Ass N. Bendagha

Pr Ass A. Soufiani

Dr A. Ait Zaïd

Dr H. Benabdellah

Dr L. Bouchara

Dr L. Daoud

Dr S. Es Sebani

Dr N. Ibrahim

Dr P.E. Konan

Dr L. Konaté

Dr L. Louah

Dr J. Raoui

CHIRURGIE CARDIO
VASCULAIRE

Pr S. Moughil, Chef de Service

Pr L. Marmade

Dr F. Lachhab

Dr M. Tribak

RÉANIMATION
ANESTHÉSIE

Pr A. Bensouda

Dr H. Leghlmi

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES

Dr N. El Kadiri

MÉDECINS ATTACHÉS À TEMPS
PLEINS

Pr H. Benjelloun

Dr O. Akalay

Dr A. El Fassi

MÉDECIN ATTACHÉS À TEMPS
PARTIEL

Pr B.E. El Younassi

6 14.11.22

MR CHAFCHAOUNI
MEL AMINE



47.80

Dajen 9
2px 3h
x 07

PHARMACIE SAFYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av. Annakhil Hay Riad - Rabat
Tél.: 0537 71 74 43 - 0537 71 77 28

Ait Zaïd Ahmed
Cardiologue Interventionnel
Ligue Nationale de Lutte Contre
Les Maladies Cardio-Vasculaires
Hôpital Ibn Sina / BP 10112005