

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 066955

57396

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : M. ZEGGANI Rakha Mohamed

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : 119 HAY AL Wahda - EL ALIA

20830 Mohammedia - Maroc

Tél. 0611035073

Total des frais engagés : 759,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. TAJAQUI ABDERRAHIM
CARDIOLOGUE
2 Bd. Mohammed 5 Mohammed
05 23 31 23 23
091132779

Date de consultation : 08/12/2020

Nom et prénom du malade : M. ZEGGANI Rakha Mohamed

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA & COLOPATHIE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Mohammedia

Le : 08.12.2020

Signature de l'adhérent(e) :

Signature de Dr. TAJAQUI ABDERRAHIM

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASSANIA Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE N° 165, Bd. De la Résistance El Alia - MOHAMMEDIA Tél. : 05 23 28 76 61	8/12/2020	459,70

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najat Ep. LBOUCHE
N° 165, Bd. De la Résistance.
El Alia - MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 28 76 61

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

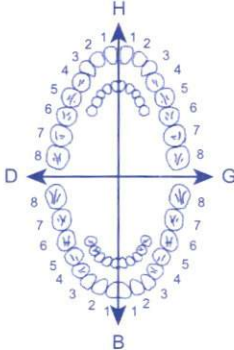
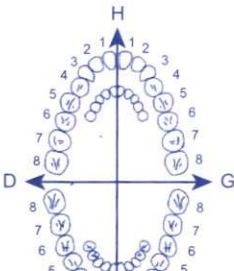
Cachet et signature
du Praticien

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

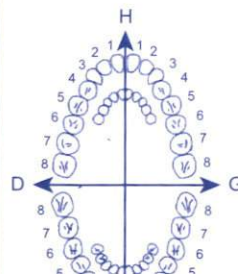
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

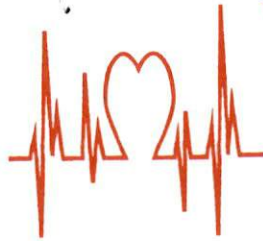
MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr Abderrahim TAJAOUI

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies du cœur et Vaisseaux
Exploration Cardio-Vasculaire
ECG-HOLTER TENSIONNEL
HOLTER RYTHMIQUE-ECHO-DOPPLER
CARDIAQUE - EPREUVE D'EFFORT



الدكتور عبد الرحيم تجوي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بباريس

الفحص الألي للقلب و الشرايين

استكشاف الضغط و ايقاع النبضات

الفحص بالصدى للقلب

المحمدية، في: 8.12.20.
Mohammedia, le :

Yt Gani RMAA



3420x3

COORIX 1,5 1cp

5810x2 CARDEN 5 1/2 cp

3130x3 MYLORIC 200 1cp

2100x3 LIBRAX 1cp

8400 MAG-TOP 1cp

459,70

Sur rendez-vous

بالموعد

PHARMACIE EL HASSANIA
Dr. BERRI Najar Ep. LBOUTCHE
N° 165 Bd. De la Résistance
El Aïna - MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 28 76 61

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

7862160239

LOT 202076
EXP 09 2024
PPV 31.30

Zyloric 31.30

LOT 31.30 202074
EXP 09 2024
PPV 31.30

Zyloric

LOT 31.30 202073
EXP 09 2024
PPV 31.30

Zyloric

DT: 20184 PER: 11/2023
PPV: 21,00 DH

DT: 20184 PER: 11/2023
PPV: 21,00 DH

DT: 20184 PER: 11/2023
PPV: 21,00 DH

Lot : 670VAA
Exp : 03 / 2022

P.P.C : 84 DH

MAG TOP
Poids Net : 16.4 g

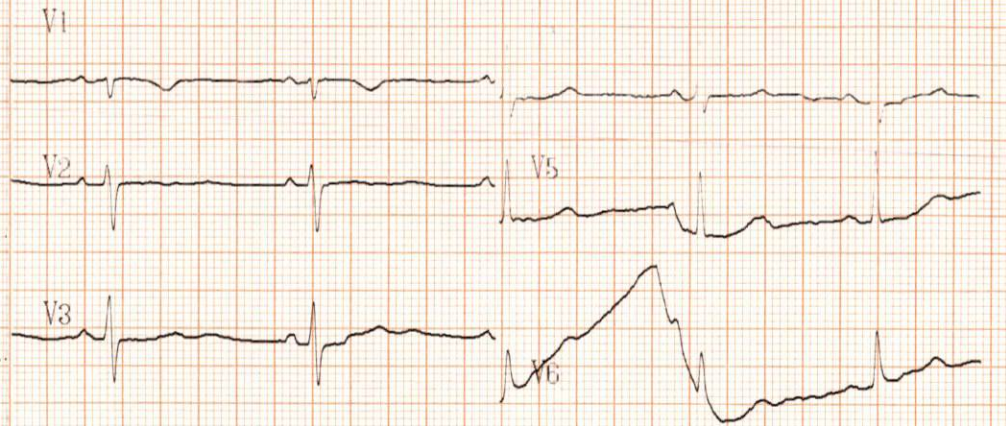
1 Jan 2000 2:15:02

111

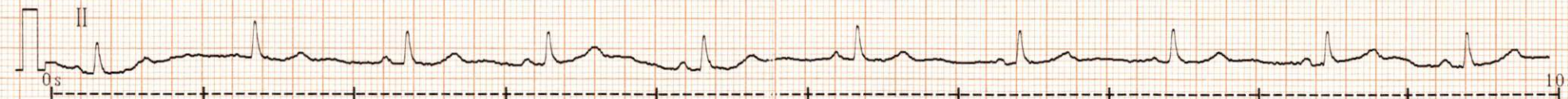
ELKHAOUJI RAHMA

1 Jan 2000 2:15:02

Leggani mie 00450



0s 10mm/mV 25mm/s 10mm/mV 10mm/mV 10mm/mV 10s



10mm/mV
25mm/s
FILTRE: CA FM FM

CONTINU FX-7202-V04-02-S0

Beat: 10

HR : 59bpm
R-R : 1010ms AXE : 50deg
P-R : 146ms RV5 : 0.82mV
QRS : 91ms SV1 : 0.23mV
QT : 420ms R+S : 1.05mV
QTc : 417

COMMENTAIRE _____

Examiné par _____

FX-7202-V04-02-S0