

# 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

6062

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002277

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Bouroui S.Hassane Date de naissance : 30/10/48

Adresse : 268, Bd Zirouï APT N° 7 CASA

Tél. : 0662 71 7779 Total des frais engagés : 1.215,70 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdesslam SEBTI  
CARDIOLOGUE  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)  
Bd, 11 Janvier - CASABLANCA  
Tél: 0522 44 75 81 - 0522 31 57 70

Date de consultation : 22/01/2011

Nom et prénom du malade : Bouroui Hassane Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : H.A

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : CASA

Le : 17/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/07/2021      | RCP               |                       | 3000                            | 3000   |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 22/01/2021 | 1215,70               |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

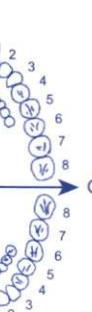
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|--|---|---------------------------|-------------|-------------------------|
|   |   |                           |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |                           |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |                           |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |   |                           |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | D<br>00000000<br>35533411                 | G<br>00000000<br>11433553 |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  | B   |                           |             | DATE DU DEVIS           |
|  |   |                           |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب والشرايين

## Cabinet de Consultation et d'Exploration Cardio Vasculaire

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
Diplôme de la Faculté de Médecine  
de Toulouse - France



الدكتور عبد العزيز السبتي  
احصادي في أمراض القلب  
خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

Casablanca, le

21/01/2011

BON ROUSS MASSANT

176,20 x 4

179,00 x 4

37,00 x 3

165,00 x 3

185,70

165,00

35,70 x 6

165,00

1215,70

Dr. Abdesselam SEBTI  
Cardiologue  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel)  
Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 44 75 81 / 0522 31 57 70



E-mail : drsebti@hotmail.com

33, زنقة اليمن - شارع 11 يناير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70  
33, Rue du Yamen (ex. Soldat Jouvencel) - Bd. 11 Janvier - Casablanca - Tél. : C. : 05 22 44 75 81/05 22 31 57 70

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bno al acouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V : 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bno al acouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V : 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bno al acouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V : 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bno al acouam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30  
29 DMP/21 NRQ P.P.V : 176,20 DH  
6 118001 020898

**KARDEGIC 160MG**  
**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

**KARDEGIC 160MG**

**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

**KARDEGIC 160MG**

**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

**KARDEGIC 160MG**

**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

**KARDEGIC 160MG**

**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

**KARDEGIC 160MG**

**SACHETS B30**

P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

**Maphar**

Km 10, Route Côtierre 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Crestor 10mg cp pell b30  
P.P.V : 185,70 DH

6 118001 183111

**ATENOR® 100 mg**  
Aténolol

37,00

**ATENOR® 100 mg**  
Aténolol

37,00

**ATENOR® 100 mg**  
Aténolol

37,00



**MUPRAS**

MUTUELLE DE PREVOYANCE &  
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le ...../...../.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

### A remplir par le praticien

Je soussigné:

Dr. Abdeslam SEBTI  
CARDIOLOGUE

33, Rue du Yamen(ex. Soldat Jouvencel)

Bd 11 Janvier - CASABLANCA

Tel: 0522447581 0521315770

Certifie que Mlle, Mme, M : *Boulares MESSAOUA*

Présente

*Abdeslam*

Nécessitant un traitement d'une durée de:

*12 mois* — *Abdeslam Boulares*

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit). *Ordonnance*

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E-mail : Mupras @ royalairmaroc.com

# Mme BouBouis Massania N°e 2163

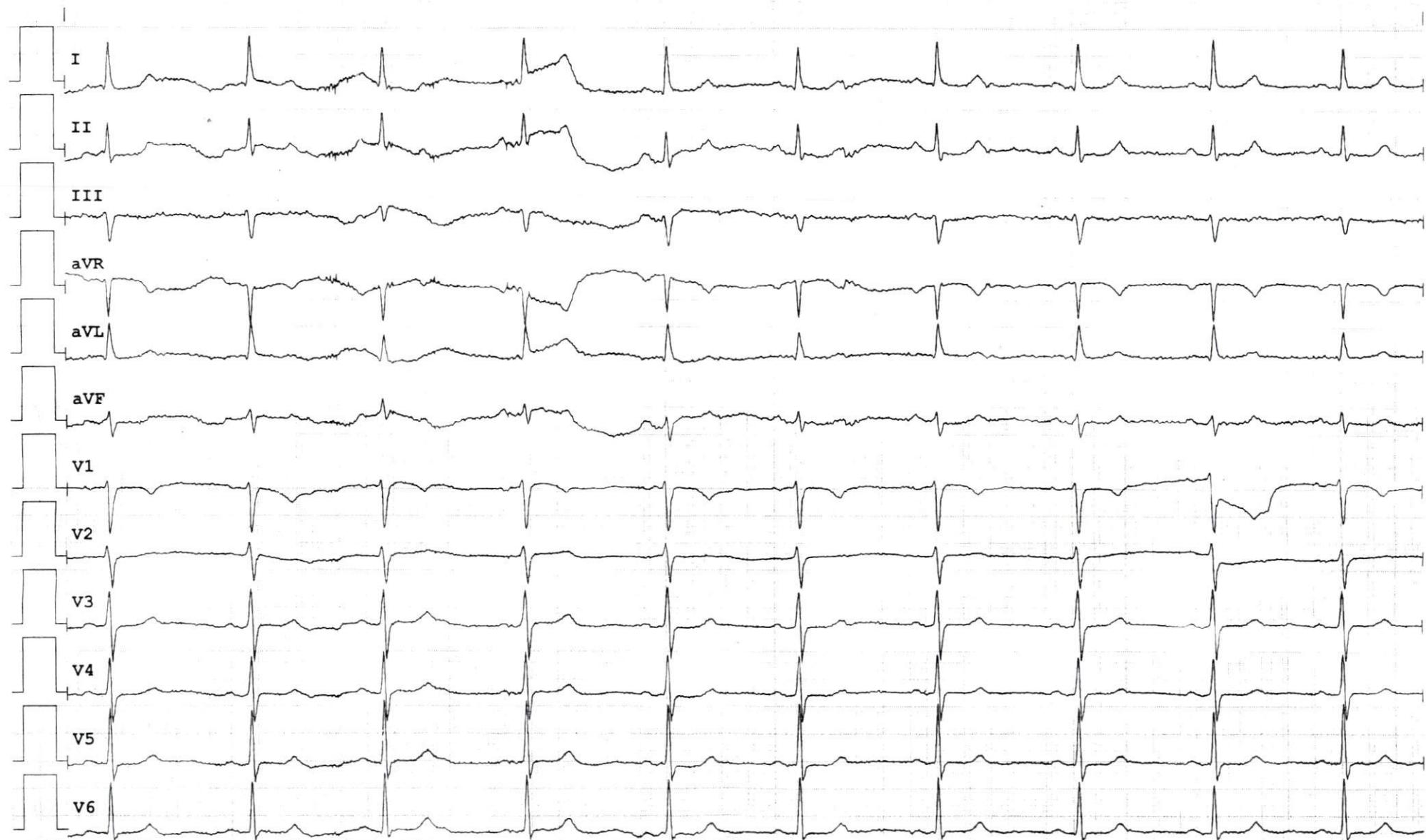
26/10/2020 13:12:17

ID :

Nom :

SO : 59 BPM  
PR/RR : 0/1,01 s  
QRS : 0,094 s  
QT/QTc : 0,398/0,396 s

Na le :  
Age :  
Sexe :  
Dep :



25 mm/s, 10 mm/mV