

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

72042
N° P19- 056980

Cadre réservé à l'adhérent []

Matricule : 909 Société : RAM / MUPRAS

Actif Pensionné [] Autre :

Nom & Prénom : FARIA T. DRISS

Date de naissance : 21.07.45

Adresse : 9, Rue Abdellmajid BEN SELLOUN - Yaacoubi, Laâyoune

Tél. : 06.10.902.902 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/05/2021

Nom et prénom du malade : SADAK ZAHRA Age: 66 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Varices

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 : Casablanca Le 26.05.2021

Signature de l'adhérent [] :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/05 2021 | VD N4 ECG | | 500,00 |   |

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 Cœfficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a cyclohexane ring with various substituents. At the top position (1), there is a vertical arrow pointing up. At the 2 and 10 positions, there are two horizontal arrows pointing left. At the 3 and 9 positions, there are two horizontal arrows pointing right. At the 4 and 8 positions, there are two diagonal arrows pointing down-left. At the 5 and 7 positions, there are two diagonal arrows pointing down-right. At the 6 and 12 positions, there are two horizontal arrows pointing right. At the 11 position, there is a vertical arrow pointing down.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



DATE D'EXAMEN : 20/05/2021

FACTURE N° 1549/21

NOM ET PRENOM : MME SADAK ZAHIRA

| DESIGNATION | NOMBRE | UNITAIRE | TOTAL |
|-----------------------------|--------|----------|---------------|
| CONSULTATION + ECG | 1 | 500,00 | 500,00 |
| <u>TOTAL GENERAL</u> | | | 500,00 |

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
CINQ CENT DIRHAMS ./.**



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 19

بنائنا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي : 48 013 780 01104 01384700132

Medicament:

cm kg

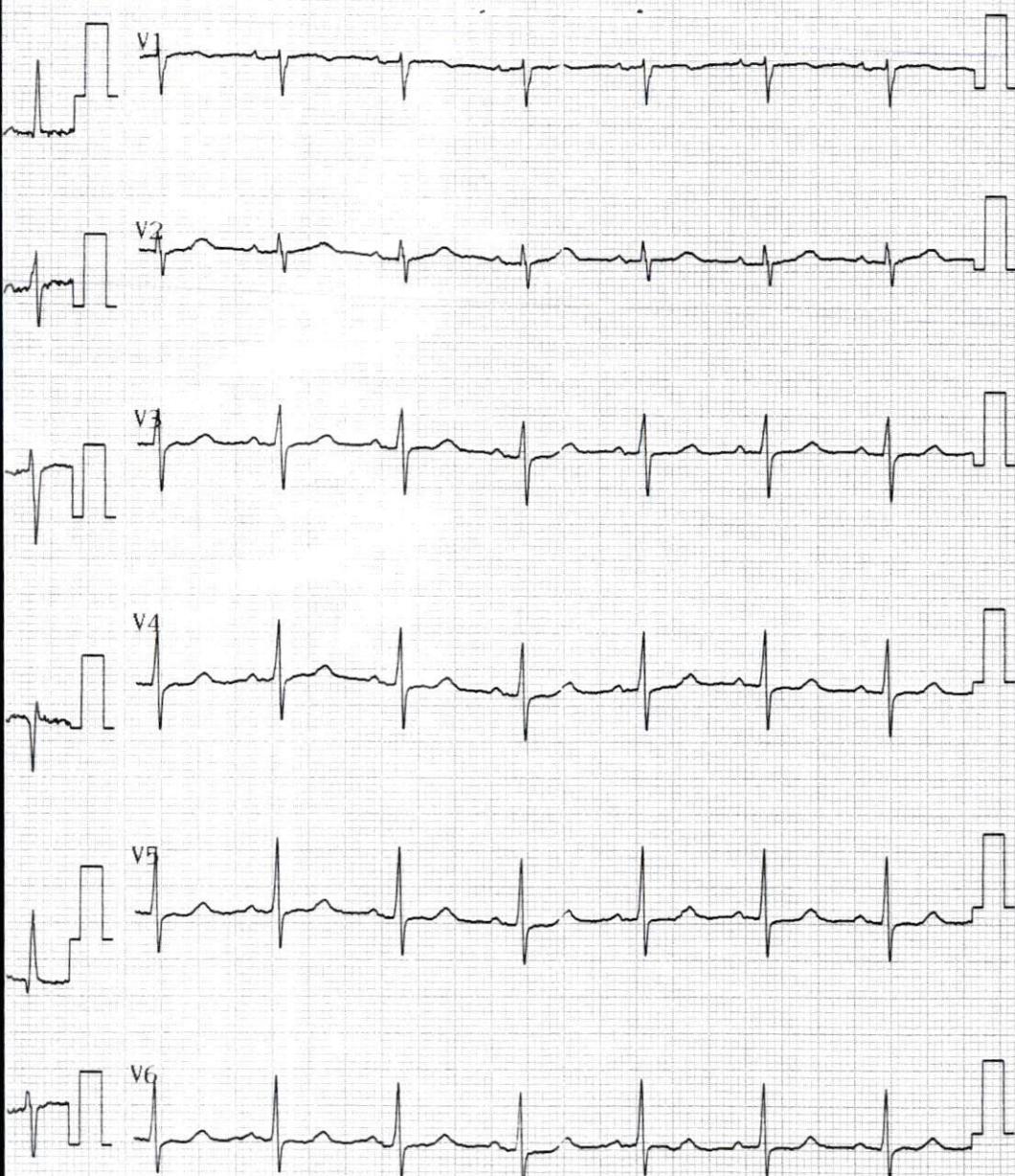
mmHg

2021-01-21 10:22 AM

89 bpm

Historique:

10 mm/mV



Exam:



Fréquence ventriculaire

88 bpm

Intervalle PR

158 ms

76 ms

axe P/QRS/T

358/ 404 ms

axe P/QRS/T

30/ -35/ 44 °

amp1 RV5/SVI

0.965/ 0.555 mV

amp1 RV5+SV1

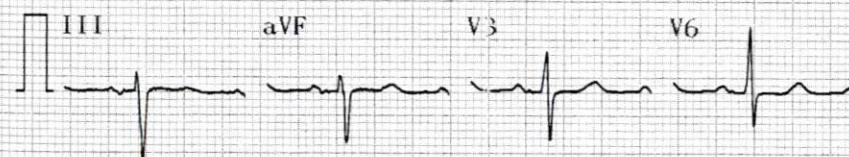
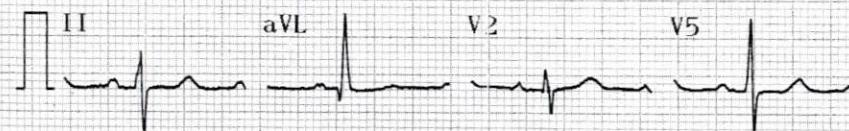
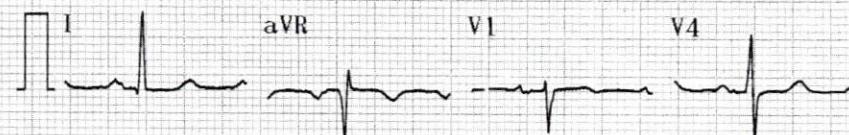
1.520 mV

1100 Rythme sinusal

7200 Déviation axiale gauche anormale

9130 ** ECG limite **

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé
Revu par:

Exam:

2024 5:32 AM

Ans



Date naiss:

Ans

Medicament:

cm

kg

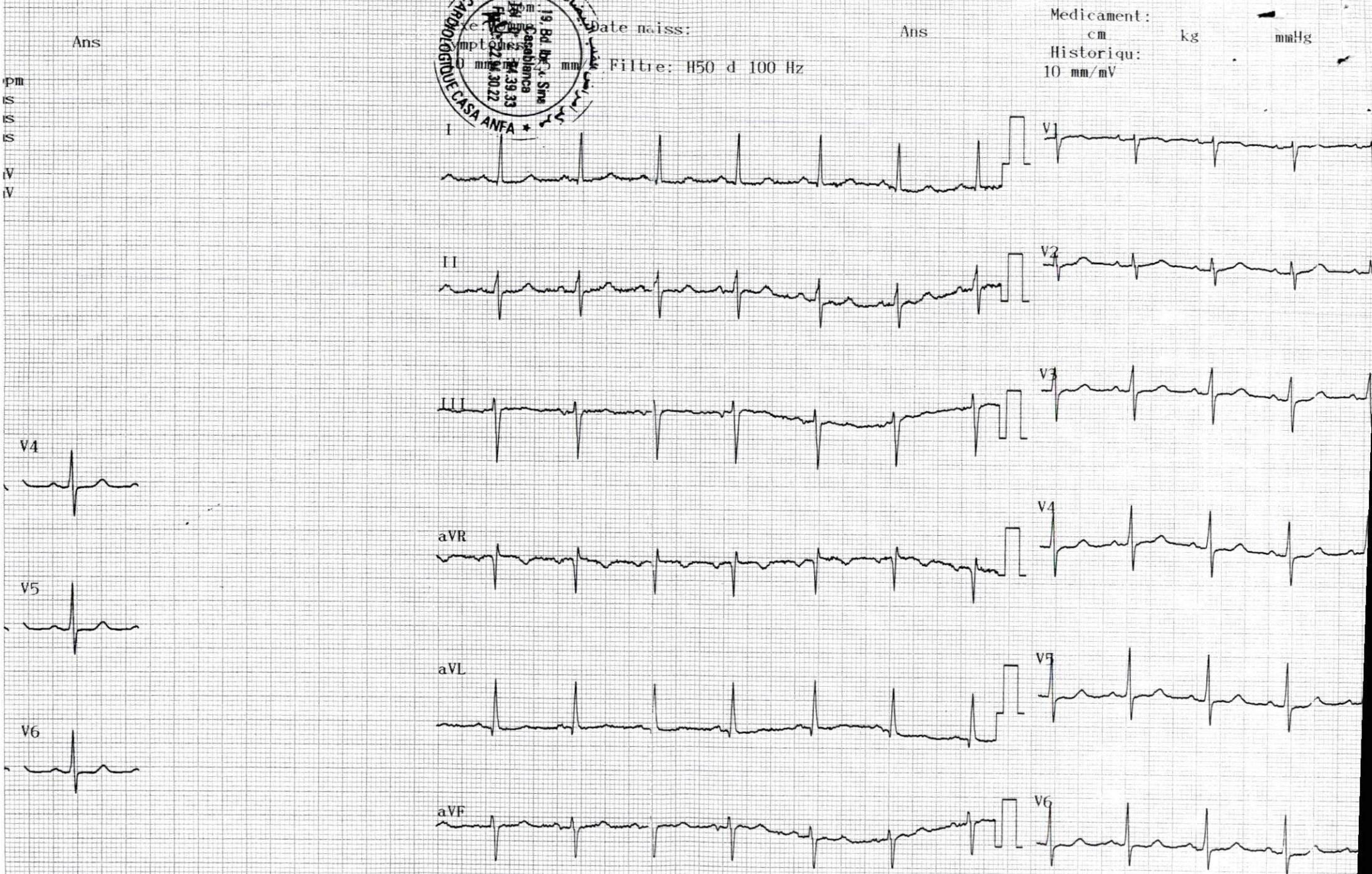
mmHg

Historiqu:

10 mm/mV

PM
IS
IS
IV
IV

Filtre: H50 d 100 Hz



1350K 05-03 03-05 Service:

Exam.