

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.

Biologie 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 canaux, 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 canaux.

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-

064601

74184

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 4823 Société : R A 17

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADJI de Bourek

Date de naissance : 1938

Adresse : Riad EL ALI, rue 10518

Tél. : 06 60 60 7978

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1 06 2021

Nom et prénom du malade : HADJI Aicha Age : 70 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension H-TA

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 : 11/06/2021 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



| 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 |
| 16/21 | ECG, 12 K | | 300 dh | |
| | Examen biochimique | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 01/06/21 | 126,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

[illegible][illegible]

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

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 | | |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a series of smaller piers or abutments. The diagram is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

FIN
D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

H

25533412

00000000

D

21433552

00000000

G

00000000

35533411

00000000

11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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

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

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

1 ju 20 21.

Mme Aicha HADJI

Vitamin Dens 1 gph

Détenuel 10 mg 1 gph

Lenvo Thyrox 50 µg 1 gph

Broncho kod as sucre 1 cex x 3 j

u113

126150

Traitement
Renouvelable
Suivi

R. Selhy

PHARMACIE MALLOU
01 58 64 74 11 A
579, Boulevard Mourou
Casablanca
Tél : 05 22 20 75 59

Admises - Enfants - Urgences
545, Bd. Panoramique - Californie
Casablanca - Tél : 0522 50 80 80
Fax : 0522 50 76 98

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 / 0522 50 80 80

الموقع الإلكتروني : www.cliniquecalifornie.net - Site web : - العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@gmail.com - E-mail :

176

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

PPV 15DH30
EXP 12/2023
LOT 0D0515



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

78621683106

bronchokod
Adultes
sans sucre

LOT:1128
PER:07/22
PPV:41,10DH

Nom : HADDI AICHA
Numéro ID : 210601005
N° sous-ID :
Sexe :
Âge :
Réf-service :
N° chambre :

Fréquence cardiaque: 65 bpm
Durée QRS : 103 ms
Axes P/QRS/T : 49/28/26°
Tension RV5+SV1 : 1.87 mV
Intervalle PR : 155 ms
Intervalle QT/QTc : 399/407 ms
Tension RV5/SV1 : 1.04/0.84 mV
[Code Minnesota]
43

***** Analyse résultat *****
8110 Rythme sinusal
ECG normal

SpO₂ 94%
TA M/6 8

[Signature]

Le docteur ~~doit~~ confirmer le rapport.

10mm/mV 25mm/s AC:50Hz 0.5-100Hz

[Stamp: Unité Maladies Vasculaires, Adresse: 545, Bd. Pasteur, Casablanca, Tél: 0522 50 60 60, Fax: 0522 50 76 98]



