

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.

Diagnostique 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.

Educations :

- 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.

Prothèse :

- 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.

- Le contrôle 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° M21- 0058968

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1866 Société : RAM 11A695

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUL GOU MRE ABDAL KADAR

Date de naissance : 01/01/1962

Adresse : même

Tél. : 06 94 74 14 23 Total des frais engagés : 950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdesslam SEBTI
Cardiologue
3 Rue du Yamen Bd. 11 Janvier - Casa
Tél : 05 22 44 75 81 / 05 22 31 57 70
Jugence : 06 61 13 53 13

Date de consultation : 16/01/2022

Nom et prénom du malade : MOUL GOU MRE ABDELKADER Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur thoracique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/01 2024	CL AECG 4 Traitements		950	

Centre Cardiologique
19, Bd Ibnou Si
- Casablanca
Tél.: 0522.94.39.33
Fax: 0522.94.30.22

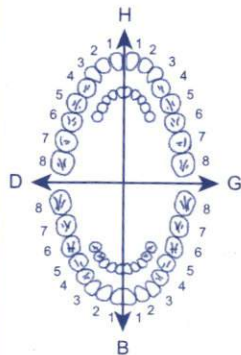
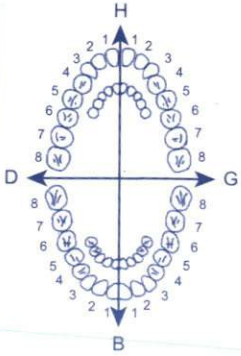
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologue.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OG.

[illegible]

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on both sides of the midline. The midline is marked with an upward-pointing arrow labeled 'H' at the top and a downward-pointing arrow labeled 'B' at the bottom. The left side of the diagram is labeled 'D' with a leftward-pointing arrow, and the right side is labeled 'G' with a rightward-pointing arrow. The diagram illustrates the arrangement of teeth and the placement of a dental prosthesis, which is represented by a shaded area on the right side of the arch.

**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



DATE D'EXAMEN : 16/01/2022

FACTURE N° 50/22

NOM ET PRENOM : MR MOULGOURI ABDELKADER

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG X	1	400,00	400,00
TRAITEMENT	1	150,00	150,00
TEST COVID SEROLOGIE + PCR	1	400,00	400,00
TOTAL GENERAL			950,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS ./.
*Resultat sig
act*



المستعجلات 24h/24h Urgence

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

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

بتانقا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 01384700132 48 01104 01384700132 48

CENTRE CARDIOLOGIQUE CASA-ANFA
DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE



Nom patient : Monsieur MOULGOURI ABDELKADER

Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Total
ANDOL 1G INJ INJ (01)	1,00	18,80	18,80
CARDENSIEL 5mg CP (30)(1)	3,00	1,94	5,82
CHLORURE DE NA 1000ML SERUM (01)	1,00	16,40	16,40
CHLORURE DE Na 500CC FL	1,00	15,50	15,50
FURILAN INJ K INJ (05)(1)	4,00	3,92	15,68
GLUCOSE 5% FL SERUM (01)	1,00	18,00	18,00
INTRANULE	1,00	10,00	10,00
OEDES 40 INJ (05)(1)	1,00	49,80	49,80

Total pharmacie	150,00
------------------------	---------------

