

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| des  | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 4/19 | CPA               |                       | 250,0                           |  |
|      | E.C.G.            |                       | 12,0                            |  |
| 4/19 | Echocardiogramme  |                       | 40,0 (D. HADDI)                 |  |
|      |                   |                       | 300,0 (Frais)                   |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Net du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------|------|-----------------------|
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |
|                                  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

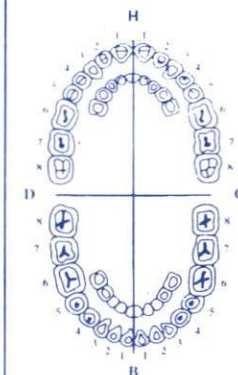
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |  |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANT DES SOINS <input type="text"/>       |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |
|                 |                |                  |             |  |

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



|                         |                      |
|-------------------------|----------------------|
| Coefficient DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| MONTANT DES SOINS       | <input type="text"/> |
| DATE DU DEVIS           | <input type="text"/> |
| DATE DE L'EXECUTION     | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro - Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 /  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMa

FEUILLE DE SOINS 1599146

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : RADI Bouchaib  
Matricule : 2176 Fonction :  
Adresse :  
Tél. : Signature Adhérent :

17 AVR. 2019  
Poste

ACCUEIL

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : RADI Bouchaib Age                 
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 09/04/19  
Nature de la maladie : hly vlt l'p. the (ID) - medex + 5 A  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A ..... le ..... Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

**DR. HAEDI Karim**  
Cardiologue

N°3, Résidence Haytam, Hay El Walid





## Note D'honoraires

Casablanca le : 09/04/19

**Dr. HAFDI Karim**  
Cardiologue  
N°3, Résidence Haytam, Hay El Walaa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél : 05 22 71 66 36

Le Docteur

Prie M

c. **LAMI**

**BOUCHAIB**

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

suisant l'usage, sa note d'honoraires pour

**Echodoppler**

S'élevant à la somme de

**400,00**

Dhs

Signature

**Dr. HAFDI Karim**  
Cardiologue

N°3, Résidence Haytam, Hay El Walaa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 71 66 36





Casablanca le : 06/04/19

RAMI BOUCHAIR

- Demande d'ECG

CLINIQUE AL AMANE  
39, rue Mohamed AL HAYANI Franceville  
Tél: 05 22 25 38 72 - 05 22 25 10 62  
Fax: 05 22 98 88 94 - Casablanca

Dr. RCHI Abderrahim  
Anesthésiste - Réanimateur  
Clinique Al Amane  
Tél: 05 22 25 10 62 - Fax: 05 22 98 88 94  
" Casablanca "





Casablanca : 09/04/19

Mr RAMI BOUCHAIB

## COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

### COMMENTAIRES :

- Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophié, de bonne contractilité globale et segmentaire, FEVG=66% en SBP
- Absence de thrombus, pas d'image d'anévrisme.
- Flux mitral type anomalie de relaxation
- PRVG basses
- Oreillette gauche non dilatée (15cm<sup>2</sup>), libre d'échos à l'ETT
- SIA anévrysmale, sans shunt visualisé au doppler couleur
- Valves mitrales peu épaissies, IM modérée proto-télé systolique (SOR=20mm<sup>2</sup>), pas de sténose significative
- Sigmoïdes aortiques épaissies, IA grade1 (PHT=620ms) , pas de sténose significative
- Ventricule droit non dilaté de fonction systolique conservée (TAPSE=22 mm)
- Pressions pulmonaires normales (PAPs à 28mmHg pour une POD estimée à 5mmHg)
- VCI fine (15mm) et COMPLIANTE
- Aorte ascendante de calibre normal
- Péricarde sec.

### CONCLUSION :

Bonne fonction systolique bi-ventriculaire

PRVG basses

IM modérée +IA grade1 sans retentissement sur les cavités gauche

Cachet et Signature

**Dr. HAFDI Karim**  
**Cardiologue**

N°3, Résidence Haytam, Hay El Wafaa  
Sidi Moumen - Casablanca  
Tél : 05 22 71 66 36



I Nom du patient:

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Heure: 09:21:29 Date: 06.04.2019

<25mm/s \* 10mm/mV \* 45/50/0.75V2 \* AsCARD Grey Ver 3.2.70>



RHI Beach





## Service Consultation

Reçu N° 0004044

Nom du patient : RAMI BOUCHAÏB

Age : .....

Tél : .....

Date : 06/04/19 Heure : .....

Organisme : .....

Medecin : D. RCHI

Nature de l'acte : CPA + ECG

Acte Complémentaire : .....

Prix : 350,00 (250,00 + 100,00)

Avance : .....

Reste : .....

Recu par : .....

CLINIQUE AL AMANE  
39, Rue Mohamed VI - Casablanca  
Tél: 05 22 22 72 00 - 22 22 10 62  
Fax: 05 22 22 72 00 - 22 22 10 62

Dr. ROUH  
Anesthésiste - Réanimateur  
Tél: 05 22 22 72 00 - 22 22 10 62  
Fax: 05 22 22 72 00 - 22 22 10 62

Signature





## Service Consultation

Reçu N° 0000191

Nom du patient : RAMI BOUCHAID

Age : .....

Tél : .....

Date : 09/04/19 Heure : .....

Organisme : .....

Medecin : Dr. HAEDI

Nature de l'acte : Echodoppler + Frais clinique

Acte Complémentaire : .....

Prix : 700,00 (400,00 + 300,00)

Avance : Dr. HAEDI Frais clinique

Reste : .....

Reçu par : .....

CLINIQUE AL AMANE  
39, Rue Mohamed AL HAYANI France Ville  
Tél: 05 22 25 33 72 - 05 22 25 10 62  
Fax: 05 22 25 33 94 - Casablanca

Signature