

FICHE MEDICALE D'ADMISSION

☐ ADHERENT ☐ CONJOINT ☒ ENFANT

Photo

Nom : DOUHAD Prénom : Fatima Zahra

Matricule : 7582 Date de naissance : 08/11/2004 Sexe : F

Date

Médecin

Ex. clinique : Poids

Coeur

T. A.

Ap. resp.

Ap. dig.

Urines { A
S

Hernies

Râte

Varices

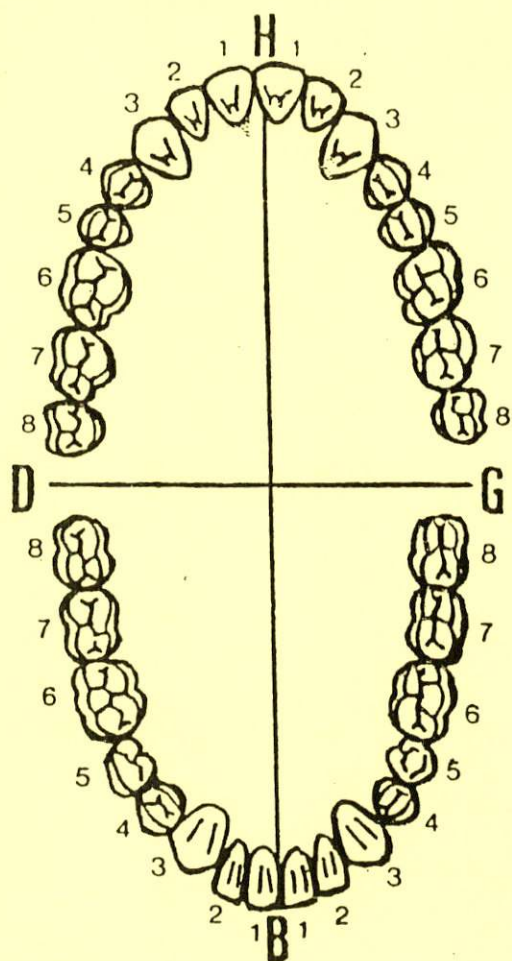
Réflexes

Ex. complémentaires :

Antécédents :

21/10/17 nausée 3 g café

OBSERVATIONS:



OBSERVATIONS:

[illegible]



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
DIVISION MEDECINE DU TRAVAIL

PL AGADIR

Casablanca, le 31/10/2007

Réf N°: 2493/MT.RH

Ob et : **Engagement / Prise en charge**

Royal Air Maroc s'engage à prendre en charge le paiement des factures, objet de la **PEC N° 42301** à concurrence du montant **3.750,00 DH** concernant L'enfant **BOUHAD FATIMA ZAHRA MATRICULE 07582**.

Nous vous demandons de bien vouloir transmettre à la **MUPRAS** la facture accompagnée des pièces justificatives dans les plus brefs délais.


Docteur RAMZI
Chef de DIVISION





MUTUELLE DE PREVOYANCE
ET D'ACTIIONS SOCIALES
DE LA ROYAL AIR MAROC

Casablanca, le : 31/10/2007

PRISE EN CHARGE

La Mutuelle du personnel ROYAL AIR MAROC s'engage à prendre en charge les frais relatifs aux actes en faveur du titulaire ci-dessous désigné.

PEC N° : 42301 Prestataire : PL AGADIR

Médecin traitant : DR. ESSOUQIANI K.

Prescription : HOSPITALISATION

Adhérent :

Nom : BOUHAD

Prénom : MOHAMED

Mle : 07582

Service : AXK0220000

DALE AGADIR

Bénéficiaire : ENFANT

Nom : BOUHAD

Prénom : FATIMA ZAHRA

Age : 2

Acte	Barème	Nbr	Devis	MUPRAS	Agent	Mont. PEC
BIOLOGIE HOSPITALISATION	B 400	1	440,00	440,00	0,00	440,00
FORFAIT HOSPITALISATION MEDICALE (CNSS)		3	1.650,00	1.650,00	0,00	1.650,00
PHARMACIE HOSPITALISATION MEDICALE		1	1.500,00	1.200,00	300,00	1.500,00
RADIOLOGIE HOSPITALISATION	Z 16	1	160,00	128,00	32,00	160,00

Montant PEC : 3.750,00

S/R justificatifs Pharmacie + Biologie

NOTE AU DESTINATAIRE :

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative, ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute anomalie constatée doit être signalée à la Mutuelle.
- Etablir une seule facture par P.E.C. aucun acte ou note d'honoraires ne devra figurer séparément.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée de l'original de la présente P.E.C.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio, prière de transmettre les résultats ou comptes rendus sous plis.
- Identifiant fiscal.

Car

Adhérent
الموظف الملكية المغربية
RESPONSABLE
ROYAL AIR MAROC
Mutuelle de Prévoyance
et d'Actions Sociales

Siège AEROPORT CASA-ANFA. **Tél** : 91 28 57 / 91 26 46. **Fax** : 91 26 52.

31/10/2007



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &

D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A REMPLIR PAR L'ADHERANT

Matricule : **7582** N° de poste : **151**
Nom et Prénom de l'adhérent : **BOUHAD M.** Tél. bureau :
Nom et Prénom du bénéficiaire : **BOUHAD Fatima Zahra** Tél. domicile : **023825655**
Age : **03 ans**

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : **Dr ESSOUQIANI. K**
Service Polyclinique CNS AGADIR
Estime que l'état de santé de Melle, Mme, Mr : **de la petite Bouhad Fatima Zahra**
Nécessite : **l'Hospitalisation de 03 jours**
Un acte coté à la nomenclature : **C2 x 3**
(Préciser le coefficient)
Une hospitalisation de : **3 jours**
(Approximatif)
A : **Dr ESSOUQIANI. K**
(Préciser l'établissement hospitalier) **Service Polyclinique CNS AGADIR**

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique

(A l'attention du Médecin Conseil)

(Cachet, Date et Signature du praticien)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision

N.B : cette demande de prise en charge doit être adressée ou insérée à la MUPRAS la première pour être prise en compte, sinon la MUPRAS se garde le droit de la rejeter.

SIÈGE SOCIAL : AÉROPORT CASA-ANFA

Tél : 022 91-26-46/91-26-45/91-28-57/91-28-13/91-26-39/91-28-83

Fax : 022 91-26-52

DE PRISE EN CHARGE

POLYCLINIQUE DE LA SECURITE SOCIALE A

Ag 22

M^e 7582

EMPLIR PAR LA POLYCLINIQUE

PRENOM
ADE

BOUNAG, Fatima, ZAKRA

NUMERO DU DOSSIER D'HOSPITALISATION

D'HOSPITALISATION
AGE

Nedemij

RESPONSABLE

M. BESOUJANI

E L'HOSPITALISATION

V.N. Cuf.

EVISIBLE DE
REALISATION

25.10.87

AGENCE
LISE LE

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

EMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

DE
EUR

NUMERO DE POLICE

NUMERO D'AFFILIATION
DE L'ASSUREPRENOM
IRE

VEMENTS CONCERNANT LE MALADE

LIEN
DE
PARENTE

RVE A L'ASSUREUR

CHIQUE DU MEDICIN CONSER

IS FAVORABLE
CORDE LES DEFAVORABLE
TIFSIGNATURE
ET CACHET
DE L'ASSUREUR

DATE

ESTIMATION DU COUT DE L'HOSPITALISATION

FRAIS DE SEJOUR

Nombre jour

P. U.

TOTAL

DUREE PROBABLE

S. INT.

S. NORMAL

3

550

1650

NATURE DES PRESTATIONS

COTAT

P. U.

TOTAL

ACTES MEDICAUX

ACTES CHIRURGICAUX

ANESTHESIE

SALLE D'OPERATION

SOINS INTENSIFS

SURVEILLANCE MEDICALE

EXAMENS

RADIOLOGIE

BIOLOGIE

FOURNITURES

PHARMACIE

AUTRES

16

400

110

160

440

1500

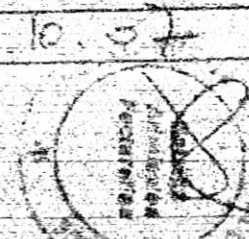
TOTAL DE L'ESTIMATION

370

Cette estimation n'est établie qu'à titre indicatif et est susceptible de modification en cas de prolongation justifiée de l'hospitalisation ou en cas de complication.

DATE

30.10.87

VISA ET
CACHET
DE LA
POLYCLINIQUE

RESERVE A L'ASSUREUR

% DE REM.
BOURSEMENTMONTANT
EN CHARGE

DH C18

PRISE EN CHARGE ACCORDEE A CON-
CURRENCE DU SOLDE DU PLAFOND A

DE JOUR SOIT DH

EN CHIFFRE

EN TOUTES

LETTRES

VISA ET
CACHET
DE L'ASSUREUR

Bonjour -

Ns vs transmettas, c joint, pour
PCC a faire Mr SAHAD M^{ed}
M^b 7582.

beneficiaire : Fatima SAHRA
fille

- polyclinique CMSS Agadir

Devis de l'acte : 3750.- dhs.

Comptez sur votre collaboration habituelle

Fax : 028.82.75.48.

Salutations

*** RAPPORT D'EMISSION ***

MUPRAS

Numéro : 022912652

Date : 01-11-07 15:52

Date/Heure	1-11 15:51
Numéro composé	0028839296
Correspondant	1
Durée	1' 28"
Mode	NORMAL
Pages	3
Résultat	Correct



MUTUELLE DE PREVOYANCE
ET D' ACTIONS SOCIALES
DE LA ROYAL AIR MAROC

Casablanca, le : 31/10/2007

PRISE EN CHARGE

La Mutuelle du personnel ROYAL AIR MAROC s'engage à prendre en charge les frais relatifs aux actes en faveur du malade ci-dessous désigné.

PEC N° : 42301 Prestataire : PL AGADIR

Médecin traitant : DR. ESSOUQIANI K.

Prescription : HOSPITALISATION

Adhérent :

Nom : BOUHAD Prénom : MOHAMED
Mle : 07582 Service : AXK0220000 DALE AGADIR

Bénéficiaire : ENFANT

Nom : BOUHAD Prénom : FATIMA ZAHRA Age : 2

Acte	Barème	Nbr	Devis	MUPRAS	Agent	Mont. PEC	
SEUVEUX HOSPITALISATION	11	400	1	440,00	440,00	0,00	440,00
FORFAIT HOSPITALISATION MEDICALE (CNS)			3	1.650,00	1.650,00	0,00	1.650,00
PHARMACIE HOSPITALISATION MEDICALE			1	1.500,00	1.200,00	300,00	1.500,00
RADIOLOGIE HOSPITALISATION	7	16	1	160,00	128,00	32,00	160,00

Montant PEC : 3.750,00

s/r justificatifs Pharmacie + Radiologie

NOTE AU DESTINATAIRE :

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative, ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire.
- Toute anomalie constatée doit être signalée à la Mutuelle.
- Etablir une seule facture par P.E.C. aucun acte ou note d'honoraires ne devra figurer séparément.
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée de l'original de la présente P.E.C.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio, prière de transmettre les résultats ou comptes rendus sous pli.
- L'identifiant fiscal.

Car

Adhérent
RESPONSABLE
ROYAL AIR MAROC
Mutuelle de Prévoyance
et d' Actions Sociales

Sigle : AEROPORT CASA-ANFA Tél : 91 28 57 / 91 26 46 Fax : 91 26 52

31/10/2007