

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 courante et de petite chirurgie
K	= Actes de chirurgie et de spécialités

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 EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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



Conjoint. 11/2048

DATE DE DEPOT

MUPRAS

Mutuelle de Prevoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 0293398

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mme FASSIL Amina Epse BENCHERIF

Matricule : 2009 Fonction : Retraitee Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent : 06.61.71.11.7

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : BENCHERIF Amina Age : 63

Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin : 21.12.2004

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A : CASA, le 10/01/2013

CCUEIL

DR A. EL KIFANI
CARDIOLOGUE
82, Rue Abdellatif 10661 Casablanca
Tél: 0522 44 63 000 082
ICE: 00174463000082

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des s	Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
11g	+ Cs ECG		300,00	 Dr. A. EL KIFARI Cardiologue 12, Rue Soumaya - Casablanca 0522.98.72.37 / 0661.18.75.82 001748483000083

EXECUTION DES ORDONNANCES

et du Pharmacien du Fournisseur acie du Corbeau	Date	Montant de la facture
4 FEV. 2013	14/02/19	20,80 €
, rue d'Austerlitz SBOURG 68100 id es Etats 68100 neppop 68100 Mazur	10/01/19	745,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Achat et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détailé 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANT

DATE DU

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU CORBEAU Fact. Num. : 148302
2 Rue d'Austerlitz Date Fact. : 14/02/2019
67000 STRASBOURG Date Ord. : 14/02/2019
672033396 Medecin: MF
Tel : 0388360217 Code Op: GT
INSEE: Malade: BENCHERIF Amina
00000 MAROC

QTE	DESIGNATION	CIP	Prix/U	BaseSS	HD	TxSS
1	EXFORGE 5MG/160M	3400937817882	19,27	-	1,02	0
	G CPR 30	Dus: 1	Ordo: 150492			
1	Hopor. dispens.		0,51	-		0

MONTANT TOTAL : 20,80 MONTANT AMO : 0,00
MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 20,80
Ces montants s'entendent, ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

Lire la notice avant utilisation. A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de l'humidité.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Médicament soumis à prescription
médicale. Chaque comprimé contient 5 mg d'amlopipine (sous forme de bésylate
d'amlopipine) et 160 mg de valsartan.

Exforge 5 mg/160 mg comprimé pelliculé
Médicament autorisé n° 34009 378 178 8 2

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.



Soyez prudent

Ne pas conduire

France

sans avoir lu la notice

 **EXFORGE +
GROSSESSE =
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme
enceinte**

30 comprimés pelliculés

amlopipine/valsartan

comprimés pelliculés

EXFORGE® 5 mg/160 mg

EXP/lot

1035

PC : 03400937817882

SN 72101119942027
06 2021
BK80



PHARMACIE DU CORBEAU
 Philippe SCHNEE
 2 Rue d'Austerlitz
 67000 STRASBOURG
 Tel: 0388360217
 N° SIRET: 81261953400017
 Code NAF: 4773Z - FR03812619534
 FRANCE

Page 1 / 1

FACTURE

N°1120/148302

Du 14/02/2019

Date de l'échéance 15/02/2019

BENCHERIF Amina
 3 rue du Colonel Emile Gros, Casablanca
 00000 MAROC

Prescripteur : MF
 N° AM : 670000025
 Opérateur: GREGORY T

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
EXFORGE 5MG/160MG CPR 30 3400937817882	PH7	0	1	18,874	2,10%	18,87
N° Ordonnancier : 150492						
Honor. dispens. HD7	HD7	0	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
20,37	2,1% (4)	0,43	20,80
Total HT		Total TVA	Total TTC
20,37		0,43	20,80

Part AMO	0,00
Part AMC	0,00
Part Client	20,80

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (Espèces)	20,80
Reste dû	0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom



(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2,1

Nom: BENCHERIF AMINA
Date de naissance: 11/04/1956
Sexe: Féminin
Poids: -
Taille: -

Identifiant: BENCHERIF
Médecin: cardio DR ELKIFANI AHMED
Raison sociale:
Téléphone: 0522987237
Temps d'enregistrement: 10/01/2019 10:03:04

1/1

25 mm/s
10 mm/mV

✓ : Arrêt \ : Marche V : Marche HR: 67 bpm

0 sec. - 8 sec.



By Heart Screen
ECG Normal
Dr. A. EL KIFANI
Cardiologist
82, Rue Soumaya - Casablanca
Tel: 0522.98.72.37 / 0661.18.75.32
ICE: 001748483000083

PA = 133 mmHg
80