

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Éducation :

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 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.

La 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

0662 12 15 83
Déclaration de Maladie
N° P19- 0033482

ND: 44950

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1460

Société : RFI

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : A. H. I. S. K. H. A. L. I. J. A.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Embolisme Intense

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 : / /

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

08/10/2020 113,000 113,000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/10/2020 110,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

08/10/2020 227 300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la denture ou l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

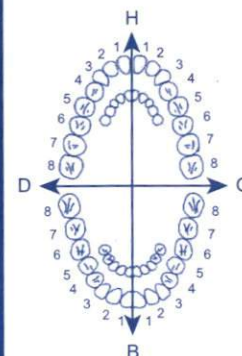
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

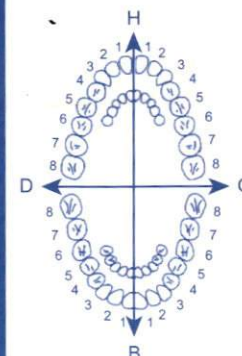
MONTANTS DES SOINS

[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 L'EXECUTION

Relaxol 500mg/2mg

حفظ الدواء
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - فقط بموجب وصفة طبية - لا تداو

LOT: 19E009
PER: 10 2022

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V: 53DH10



LOT 200002
PER JAN 23
PPV 57DH10

مصححة
قال أنف

No Achir Kadday

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél: 05 22 25 49 25
RC: 245509 - Pte.: 35873067
IF: 40436642

Relaxol
53.10
1 x 3

57.10
Brexin
10.20 Sachet

X 8
A



Casablanca, le 08/10/2028

Mme Achin Khadija

30000

Pr. Abdenbi EL KAMAR
Neurochirurgien
Angle Bd. Zerkouni Bd. La Corniche
Casablanca - Tél.: 05 22 26 38 70



مركز الفحص الطبي بالأشعة الروداني CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie Obstétricale 3D/4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventiennelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 09/10/2020

FACTURE N° : FA:00 8810/20
Nom : ACHIR KHADIJA

Arrêtée la présente facture à la somme de : 300,00 Dhs

TROIS CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

RACHIS LOMBAIRE FACE+PROFIL 300,00 Dhs

Total de : 300,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani
20100 - Casablanca - Maarif
Tél: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04
0522 25 13 07 / 0522 25 50 70 Fax: 0522 25 13 04
e-mail: r.roudani@hotmail.fr



BILLET DE SORTIE

Nom du patient : BENOUATTAF MALIKA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	CHOUFFAI	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	29/09/2020	
Date sortie	02/10/2020	09:40
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : REC 09/10/2020 10:10 200929122816RE-001		

CLINIQUE VAL D'ANFA
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél: 02236878787 (L.G)
Fax: 022391439

CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE
19, Bd Franklin Roosevelt
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

F A C T U R E

N° : 3137 / 2020 du 09/10/2020

Nom patient **ACHIR KHADIJA**
PAYANT

Entrée 07/10/2020
Sortie 08/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR NORMAL	1.00		400.00	400.00
			<i>Sous-Total</i>	400.00
PHARMACIE	1.00		170.98	170.98
			<i>Sous-Total</i>	170.98
Total Clinique				570.98

PR. EL KAMAR (neuro-chirurgien)	1.00	V3	300.00	300.00
PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	1.00	K	300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	600.00
Total Autres prestations				600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-DIX-HUIT CENTIMES

Total 1 170.98

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
19, Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA
Tél:022.36.87.87 - 022.39.60.10 / 13
022.39.60.13
Fax:022.39.14.39

PAYE PAR CHEQUE
N° 1748482
Sur BNCI le 08/10
DHS 1170,98

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ACHIR KHADIJA	N° Facture 3 137	201008065205RE-001
-----------------------------	------------------	--------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN 20mg INJ (05)	1	10.48	10.48
ANDOL 1G EN PERF (01)	1	18.80	18.80
CHLORURE SOD 9% 500MLX1 EN PERF (01)	2	15.00	30.00
MIDAZOLAM 5MG/5ML INJ (10)	1	12.00	12.00
PANTOPRAZOL 40MG/1	2	27.00	54.00
Sous-Total médicaments			125.28
BANDELETTE WELLION	3	3.00	9.00
LANCETTE DE GLUCOT (100)	1	2.30	2.30
PERFUSEUR (001)	1	13.50	13.50
SERINGUE 10CC (001)	2	3.70	7.40
VENFLON G20 (001)	1	13.50	13.50
Sous-Total consommable médical			45.70
Total pharmacie			170.98

CLINIQUE DU VAL D'ANFA
 19, Rue Franklin Roosevelt
 CASABLANCA
 Tél: 022.36.87.87 - 022.39.60.10 / 1
 022.39.69.36 / 37
 Fax: 022.39.14.30

Evolution pendant le séjour :

- favorable

Prescription d'ordre thérapeutique :

- Antalgique
- AINS

Diagnostic de sortie :

- lombalgie vésicale

Prescriptions établies à la sortie du patient :

-

Date :

signature et cachet du médecin

Pr. M. BENAGUADA
Professeur d'Anesthésie - Réanimation
Clinique du Val d'Aix
Marseille

NB

*joindre éventuellement une photocopie des comptes rendus établis par les médecins
Spécialistes, précisant la date de l'examen ou actes opératoires



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom : Mme Achin Khadija
Date de naissance : _____
Matricule : _____
Date d'entrée : 07/10/2020 date de sortie : 08/10/2020

HOSPITALISATION

Réanimation du _____ au _____
Soins intensifs du 07/10/2020 au 08/10/2020
Séjour normal du _____ au _____

MOTIF D'HOSPITALISATION

lombalgie intense
de soulevage
de portance fonctionnelle

ANTECEDENTS :

RAS

Conclusion examen clinique initial :

lombalgie intense rebelle
au traitement pharmacologique

Explorations para cliniques :
