

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.

Rééducation :

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 060087

50750

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4892 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNANI DOUBLI M J

Date de naissance : 11-04-1957

Adresse : RIYAD JADHAR II N° 18 TARSIA

JADRAKECH

Tél. 06 61 58 25 10 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2020

Nom et prénom du malade : BENNANI DOUBLI M J Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : CPT pour cancer

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 : Marrakech Le : 20/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/10/20	C.S.		309.00	
	P. Clinique		10.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

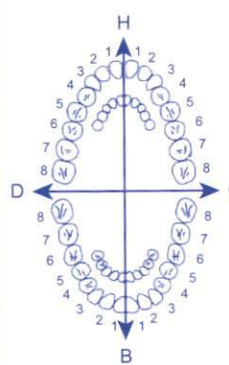
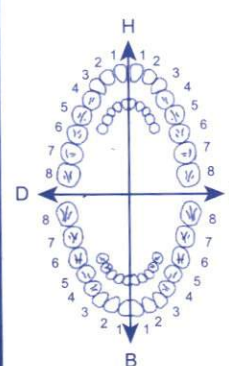
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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																	
	<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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				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'EXECUT

CLINIQUE LE MARRAKECH

NOTE D'HONORAIRES

Le : 20/10/2020

Entrée : 20/10/2020

Sorti e : 20/10/2020

DR EL YOUSOUFI

Présent (e) BENNANI DOUBLI MOHAMED JAMAL

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de

200.00 DH

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ses sentiments respectueux.

Dr. EL YOUSOUFI LAMKEN
Anesthésiste Réanimatologiste
Clinique Le Marrakech
Marrakech - Tél : 05 24 39 65 65

Cachet et signature

CLINIQUE LE MARRAKECH
D.A.M.E.S SARL
Targa, Zdagnia Menara - Marrakech - RC : 84531
Tél : 05 24 39 65 65 - Fax : 05 24 39 65 00

CLINIQUE LE MARRAKECH

D.A.M.E.S. S.A.R.L
TARGA ZDAGHIA MENARA
TEL :05.24.39.65.65 - 05.24.39.65.00

F A C T U R E

N° : 11023 / 2020 du 20/10/2020

Nom patient **BENNANI DOUBLI MOHAMED JAMAL**
PAYANTS

Entrée 20/10/2020

Sortie 20/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Clinique				100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS	Total 100,00

CLINIQUE LE MARRAKECH
D.A.M.E.S. S.A.R.L
Targa Zdaghia Menara - Marrakech - RC 84531
Tel : 05 24 39 65 65 - Fax : 05 24 39 65 00

10mm/mV 0.67~25Hz AC50
I

2020-10-20 10:01:33
aVR

V1

V3

V5

II

aVL

V2

V4

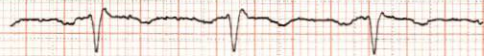
V6

III

aVF

25mm/s

V2.47



Modèle Moyen:

2020-10-20 10:01:33

ID : 201020-1416

Code du Minnesota:

8-1-3

8-7-3

7-3-0(I,V1,V6)

4-5-0(V2)

NOM :

AGE : 35 A

SEXE : Male

BP : mmHg

HAUT : cm

POIDS : kg

HR : 102 bpm

P Dur : 118 ms

PR int : 174 ms

QRS Dur : 116 ms

QT/QTc int : 349/456 ms

P/QRS/T axis : 54/47/0 °

RV5/SV1 amp : 1.076/0.263 mV

RV5+SV1 amp : 1.339 mV

RV6/SV2 amp : 0.846/0.536 mV

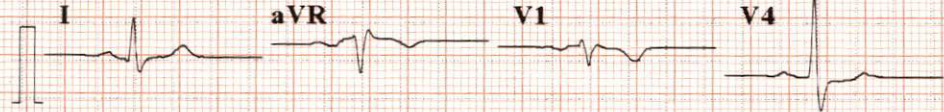
L'information de diagnostic:

812: Tachycardie de sinus

501: Bloc de branche droit in

843: Complexes atriaux préma

Rapport Confirmé par:



10mm/mV 25mm/s

V2.47