

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W19-455910

60818

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1376

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI FATHIA ép ZAHIR

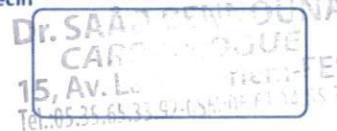
Date de naissance : 01 JAN 1950

Adresse : 16 Rue Ahmed El Yazidi lot Emeraudes
champs de course FEZ

Tél. : 0660946970 Total des frais engagés : 376,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



(10)

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Zahir Fathia

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

FIA

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 :

Le : 22/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

G

RELEVE 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
15/02/21	6		141927495	INP : 141927495 DI-5 CAT 15, AV. L. tel: 05.35.65.31.52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY YOUSSEF SIDI BOUZID Le Maroc 2021-05-31 10:50	15/12/2021	# 376,80 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

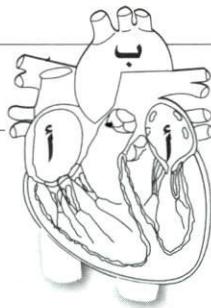
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
		D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	DATE DU DEVIS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		



الدكتور سعد بنونة

Docteur Saâd BENNOUNA

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

Cardiologue lauréat de l'université de Rouen

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

خريج كلية الطب ببروان (فرنسا). مجاز في فحص القلب بالصدى والدوبлер
ملحق سابقاً بمستشفيات روان. ملحق بمستشفى الدراسى العسكرى محمد الخامس
Diplômé d'Echocardiographie - Doppler (Paris VII)
Explorations Cardiovasculaires.

15/02/2021

Mme ZAHIR FATIHA

15

régime peu salé

3X125,6* BIPRETERAX 5/1.25

1 cp le matin (3 mois)

* NE PAS ARRETER LE TRAITEMENT SANS AVIS MEDICAL

376,8

PHARMACIE MOULAY IDRISSE
Dr SEBTI IKRAM
Champs de Course Lot. Kenza
FES - Tél. 05 35 65 10 50

Dr. SAAD BENNOUNA
15, AV. Lalla Mariam - FES
Tél. 05.35.65.33.92. 05.36.61.14.85.35

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جباة ملبيسة 30

5



125,60

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Un comprimé pelliculé contient 3,395 mg de périndopril (correspondant à 5 mg de périndopril arginine) et 1,25 mg d'indapamide.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.



SERVIER MAROC
Site de production
Zone Industrielle
Aéropôle Nouassir

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة A (النحوة A) : لا يصرف إلا بموجب
وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جباة ملبيسة **30**

5



Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Un comprimé pelliculé contient 3,395 mg de périndopril (correspondant à 5 mg de périndopril arginine) et 1,25 mg d'indapamide.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.



SERVIER MAROC
Site de production
Zone Industrielle
Aéropôle Nouassir

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

قائمة A (إذاعة A) : لا يصرف إلا بموجب
وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés

جباة ملبيسة **30**

5



Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Un comprimé pelliculé contient 3,395 mg de périndopril (correspondant à 5 mg de périndopril arginine) et 1,25 mg d'indapamide.

Contient du Lactose monohydraté : voir la notice pour plus d'informations.



SERVIER MAROC
Site de production
Zone Industrielle
Aéropôle Nouassir

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I (tableau A) : Uniquement sur ordonnance

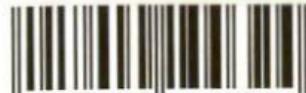
قائمة A (إذاعة A) : لا يصرف إلا بموجب
وصفة طبية

Médicament autorisé n°83 DMP/21/NCV

Bipreterax®

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324