

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

Adresses Mails utiles



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040953

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04892 Société : RAM 436-06

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNAVI DOUBLE M. JAMAL

Date de naissance : 11-04-1957

Adresse : JAOUHAR II N° 18 TARGA

MARRAKECH

Tél : 06 61-58-25-12 Total des frais engagés : 2208,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 SEP. 2020

Nom et prénom du malade : M. BENNAVI DOUBLE JAMAL Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète, HTA

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 : 28 / 09 / 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
18 SEP 2020	03		Contrat	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALOUS Iham OKAS Pharmacienne Massira 1 AN N° 85 Marrakech Tel/Fax : 05 24 49 02 30	28/09/2020	2208,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

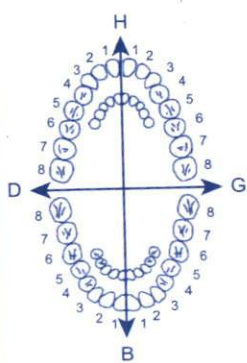
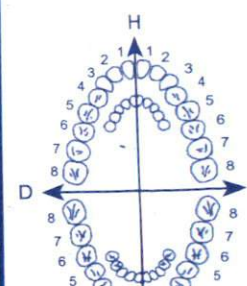
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

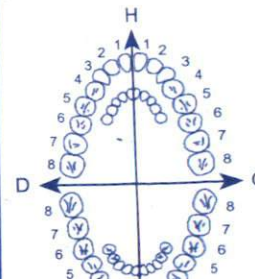
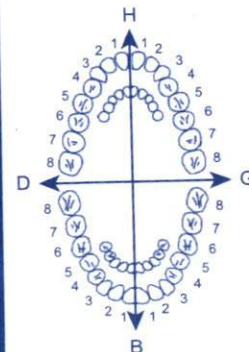
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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																	
		<table><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																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																



Docteur Sebban Abdelouahab

Spécialiste en Médecine Interne  
Angéiologue - Phlébologue

91, rue Mohamed El Baqal n°6

Marrakech

Téléphone : 0524431502

E-mail : angiosebban@gmail.com

الدكتور عبد الوهاب الصبان

اختصاصي في الطب الباطني  
اختصاصي في امراض الشرايين و الاوردة

91. زنقة محمد البقال, رقم 6

جليز مراكش

الهاتف : 0524431502

البريد الالكتروني : angiosebban@gmail.com

Marrakech le 28/09/2020 مراكش في

Mr BENNANI DOUBLI Jamal

390,00 x 3

Galvus Met 50/1000 : 1 cp 2 fois/j pendant 3

mois.

68,80 x 3

Amarel 4 mg : 1 cp/j le matin pendant 3 mois.

148,90  
101,80 x 2

Coversyl 5 mg : 1 cp/j le matin pendant 3 mois.

99,00 x 3

Oedes 20 mg : 1 cp/j le matin 3 boîtes.

102,30

Tavilox 500 mg : 1/j. 1 boîte.

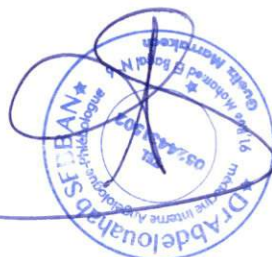
27,70 x 3

Cardioaspirine : 1 cp/j à midi pendant 3 mois.

2208,30

Dr Sebban

PHARMACIE AL ANDALOUS  
Ilham DIRAS  
Pharmacienne  
Massira 1-A N° 85 Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 49 02 30





6 118001 031092

**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH



6 118001 031092

**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390.00 DH

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V. : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V. : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30

P.P.V. : 68,80 DH



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



Titulaire de l'AMM au Maroc: RIM Pharma  
Zone Industrielle Bouznika - Maroc

**TAVILOX® 500 mg**

Comprimés pellicule Sécable

Boîte de 7 comprimés



AMM N° : 440190NP21/NCN



# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

**5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



945190





# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables



945190



# COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables **5 mg**

**30**

Comprimés pelliculés sécables

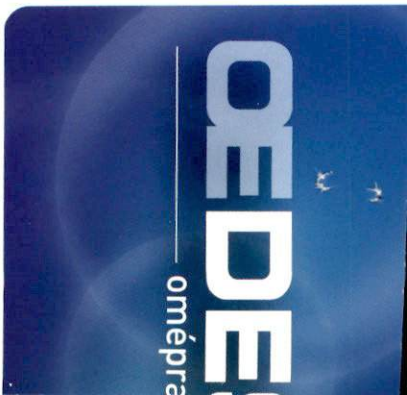


945190

LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00DH

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

Microgranules g





LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00DH

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

Microgranules g

omépra

LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00DH

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

Microgranules g

**OEDE**  
omépra