

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-537202

ND. 50979

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 19563

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENRIYENE YOUSRI

Date de naissance :

11/05/2020

Adresse :

n 1, Rue 59, ou LFA, CASA

Tél. : 0669 651 645

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SHAFIK FOUSA
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errabi Rue 09 N° 100
Tél: 0522 51 51 65

1 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation :

18/11/20

Nom et prénom du malade :

BENRIYENE YOUSRI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 :

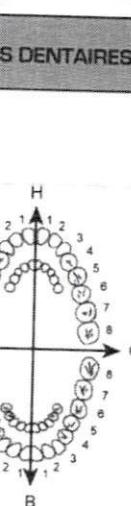
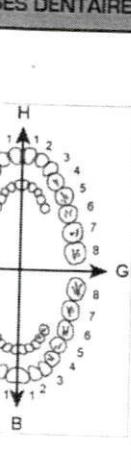
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 18/11/20 C1 | | | 1000DH | INP : <i>MAISON FAMILIALE</i> M. DES SANTÉS : <i>DR. M. A. A. 39 N° 4 Adults</i> M. ENTRÉE : <i>DR. M. A. A. 39 N° 4 Adults</i> DATE : <i>15/11/2023</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 18/11/2020 | B522,539 | 700,000 Dhs |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|  | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 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 | | | | |

ORDONNANCE

Dr. CHAFIK Fouad
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errabbi Rue 69 N° 4 Quifia
Tél: 0522 80 51 65

Coa. Le: 18/11/20

BENRIYENE Youki

faire: P.C.R - covid-19



Dr. CHAFIK Fouad
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errabbi Rue 69 N° 4 Quifia
Tél: 0522 80 51 65



Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزizi

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليلات الطبية

Casablanca le 18-11-2020

Mr BENRIYEN Youri

FACTURE N° B201105210

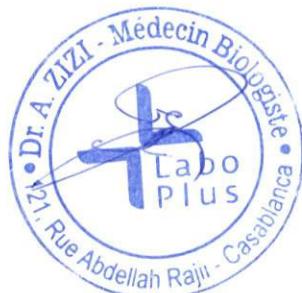
Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|----|--------------|---------|-------|
| | PCR COVID-19 | B522.39 | B |

Total des B : 522.39

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
sept cents dirhams



Mr BENRIYEN Youri

Prescripteur:

Casablanca le : 09-12-2020

Du : 18-11-2020

Référence : B201105210

Dr Zizi

Medecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

BIOLOGIE MOLECULAIRE

PCR COVID-19 (SARS-CoV-2)

Nature du prélèvement:

Ecouvillon naso-pharyngé

Résultat:

Positif détecté en gène N,RdRP

(*applied biosystems QuantStudio 5 Dx, Siemens FTD SARS-CoV-2*)

CT:

18.6

Commentaire: Résultat à confronter au contexte clinique. Un résultat négatif ne prouve pas avec certitude l'absence d'infection par le COVID-19. Cette problématique concerne essentiellement la phase d'incubation du virus (notamment si contact < 5 jours avec une personne positive). Il y a donc lieu de prendre toutes les mesures de prévention pour éviter d'éventuelles transmissions.

