

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.

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.

ique :

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.

ntaire :

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0003854

ND: 51644

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SHAMi Fattini

Date de naissance : 01.07.58

Adresse : R. Sanaa, Bd. Boujajja N° 130. CAEA

Tél. : 0605904320 Total des frais engagés : 90,00 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 :

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 : CAEA Le : 15/12/20

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

18

* Cocher la mention utile pour chaque cas

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres

080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف المخصص - الدار البيضاء المغطاة - ب.ب. الدار البيضاء - ص.ب. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333

دار المومن - سامعة دكاز - الدار البيضاء - ص.ب. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333

Maison de l'Assuré - Place de DAKKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone: 080 200 7200 / 080 203 3333

CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
Date d'exécution تاريخ التنفيذ	Prix facturé الـثمن المفوتر	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux توقيع وطابع الصيدلي أو مومون التجهيزات الطبية
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإجباري RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي talaKOs+ talaLSt+ CNSS	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06 :
	Référence structurée : 200998172364549	Emis à Casablanca le : 03/09/2020	Page : 1
Identifiant de la famille N° d'immatriculation : 159689128 Règlement du mois : 09/2020 Mode de paiement : Virement	تعريف العائلة KSAR MOHAMED 130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ETG 02 APPT 06 BOURGOGNE CASABLANCA 2005		
Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Ré	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
KSAR MOHAMED										
060142472	03/08/2020	B	BIOLOGIE	90,00	1,10	67,16	1,00	73,88	70	51,72
Total remboursé pour MOHAMED										51,72
Total général remboursé										51,72

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



IBN ROCHD
الدار البيضاء - Casablanca

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 03-08-2020

Prénoms - Nom du malade : Ksar Med

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>Libérée de</p> <p>LABORATOIRE DE BIOLOGIE RUC DE LA ASSIDANCE SAVOIE 24 RUE SAVOIE 20360 CASABLANCA</p> <p>LBS</p>	<p>Control</p> <p>KSAR MOHAMED M CHU36 01-01-1952</p> <p>2008071017 Numero de demande</p>

Le médecin traitant Rajae

Dr. B.

CHU, Ibn Rochd - Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

M. KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ET 2 APT 8
20000 CASABLANCA



2008071017

DDN : 01-01-1952
Dossier : 2008071017
Du : 07-08-2020 à 09:10
Prélèvement du : 07-08-2020 reçu dom

CHU PSYCHIATRIE
Compte-rendu partiel
A TELEPHONER

Cher patient, nous vous remercions de votre confiance, et vous transmettons Vos résultats.

PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE Echantillon sérique

DOSAGE DU LITHIUM

Lithium

(Technique spectrophotométrique)

Date de la dernière prise:
Heure de la dernière prise:
Heure du prélèvement :

0.59 mmol/L

29-07-2020

0.34

06-08-2020
20:30
08:30

- La zone thérapeutique est :
- pour une forme pharmaceutique à libération immédiate de 0,50 à 0,80 mmol/l 12 h après la prise du soir
 - pour une forme pharmaceutique à libération prolongée de 0,80 à 1,20 mmol/l 12 h après la prise du soir de 0,50 à 0,80 mmol/l 24 h après la prise du soir et avant une nouvelle prise.
- Apparition des signes de toxicité si >1.5 mmol/L

Ce dossier a été imprimé en partiel

Edition validée par : Amal LOUAHABI

Ce prélèvement a été réalisé en dehors de notre laboratoire. Sa qualité et l'authenticité des renseignements fournis restent sous la responsabilité de la structure où il a été réalisé.



Page 1 sur 1



INPE: 093060820



مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية والمتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



M. KSAR MOHAMED
130 BD DE BOURGOGNE RES SANAA ET 2 APT 8
20000 CASABLANCA

CHU PSYCHIATRIE -CAISSE NATIONAL DE SECURITE SOCIALE-

FACTURE N° 200800151

Dossier : 2008071017 du : 07-08-2020 à 09:10



PPRESCRIPTEUR :

ACTE :

Analyses : LI, EXT, DELAI, CENTRI, ASPECT, V

FACTURATION:

Total en DH : 90

quatre-vingt-dix dirhams

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

CASABLANCA, le Lundi 17 Août 2020

