

# 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.

## ducation :

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° P19-0046859

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0777 Société : RAM 63311

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : AMMOR Makam I.

Date de naissance : 30 Nov 46

Adresse : 23 rue Golf de Boughale An Lih

Tél : 0661340716 Total des frais engagés : 3 900 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 Oct 2021

Nom et prénom du malade : M. AMMOR Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

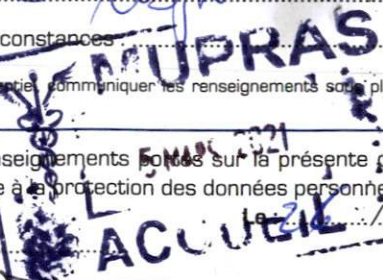
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAH

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

26/02/2022 h    300m    **DR. ELIAH LEBLANC**  
 Allergologue  
 14, rue El-Filali - Casablanca  
 Rés Hicham Angèle Bd. Abdelmoumen  
 et Rue Abou Marouane - Casa  
 Tél : 02286.39.39/022.86.54.22

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur    Date    Montant de la Facture

**PHARMACIE DE CASABLANCA**  
 160, Bd El Mahatta - Casablanca  
 Tél 05 22 80 09 70  
 26-02-22    3599,80

## 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

**LOVANIC 500 mg**  
 10 comprimés pelliculés sécables

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue Soubeir benou al ouam roches noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 400/1200 par dose    Poudre p. inh.  
 Flacon de 60 doses  
 105/14 DMP/21/190 DMP.P.V. : 297,00 DH  
 6 118000 022398

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue Soubeir benou al ouam roches noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 400/1200 par dose    Poudre p. inh.  
 Flacon de 60 doses  
 105/14 DMP/21/190 DMP.P.V. : 297,00 DH  
 6 118000 020935

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue Soubeir benou al ouam roches noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 400/1200 par dose    Poudre p. inh.  
 Flacon de 60 doses  
 105/14 DMP/21/190 DMP.P.V. : 297,00 DH  
 6 118000 020935

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue Soubeir benou al ouam roches noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 400/1200 par dose    Poudre p. inh.  
 Flacon de 60 doses  
 105/14 DMP/21/190 DMP.P.V. : 297,00 DH  
 6 118000 020935

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue Soubeir benou al ouam roches noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 400/1200 par dose    Poudre p. inh.  
 Flacon de 60 doses  
 105/14 DMP/21/190 DMP.P.V. : 297,00 DH  
 6 118000 020935

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées    Nature des Soins    Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS

6 118001 031443

**SEEBRI®**  
**BREEZHALER® 50 µg**  
 Poudre pour inhalation en  
 gélule Boîte de 30 Gélule  
 PPV : 489 DH

6 118001 031443

**SEEBRI®**  
**BREEZHALER® 50 µg**  
 Poudre pour inhalation en  
 gélule Boîte de 30 Gélule  
 PPV : 489 DH

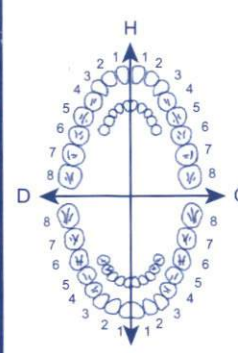
6 118001 031443

**SEEBRI®**  
**BREEZHALER® 50 µg**  
 Poudre pour inhalation en  
 gélule Boîte de 30 Gélule  
 PPV : 489 DH

6 118001 031443

**SEEBRI®**  
**BREEZHALER® 50 µg**  
 Poudre pour inhalation en  
 gélule Boîte de 30 Gélule  
 PPV : 489 DH

O.D.F  
 PROTHESES DENTAIRES



DETER

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

# Docteur Mounia LAHLOU

Pneumo-ptisiologue Allergologue

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd

et Hôpital Moulay Youssef

Certificat Universitaire d'Allergologie

et d'Immunologie Clinique

## الدكتورة مونية لحلو

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

شهادة جامعية

في علم المناعة والحساسية

Casablanca, le : 26/02/2014 في الدار البيضاء،

Mr ANNON Nchoum

139,50

1) Laromic 500



39,90 1/2 x 2 1/2 ops regu de Hicham

2) Examine rachis



297,00 1/2 x 2 1/2 ops regu de Hicham  
3) Symbricat 600 (2x4) 1/2 x 2 1/2 ops regu de Hicham



ms 2 Lappe en carton  
 489,00 = 1956,00

4) Sebum (N° 4) boites  
 12 gelules en un carton

Lot: RC0315B  
 Per: 01/2024  
 PPV: 1740H40

174,40  
 5) Defloz scale 30mg  
 12 le motu 24  
 milieu des legs 2

102,00  
 6) Suber Lom  
 12 le motu 24

صيدلية الدار البيضاء  
 PHARMACIE DE CASABLANCA  
 160, Bd El Mahatta - Casablanca  
 Tél 05 22 80 09 70

3599,80

DOCTEUR MOUNIA LAHLOU  
 Pneumo-Phisiologue Allergologue  
 Res Michant Angle Bd. Abdelmoumen  
 et Rue Abou Marouane - Casa  
 Tél : 022.86.39.39/022.86.54.22