

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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.

Optique :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-0027860

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9588

Société : R.A.M. 63466

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : CHAYATE Mohamed

Date de naissance : 16/08/1936

Adresse : Habifuelle

Tél. : 06.68.61.55.72 Total des frais engagés : 914.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : Mr 03 2021

Nom et prénom du malade : Mr. Chayate Mohamed

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prostate HT. TIA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute HT. TIA

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 : Levcham

Signature de l'adhérent(e) : A.

Le : 16/03/2021

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 Rejetement des Actes
My 03/03/01	C	1 Cours Universitaire	10000	<i>DRUDGHARI NAIMA Expertise Assermentation Dermatologue Hay Mohamed Rue 29 N° 9 Casablanca Tel: 0524 22 62 02 38</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>SGF 22500</i>	11/03/01	76490

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	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'EXECUTION

Docteur Naïma OUDRHIRI

MEDECINE GENERALE

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتورة نعيمة وشغيري
الطب العام
طبيبة محلفة
خبيرة لدى المحاكم

الدار البيضاء، في Casablanca, le 11-03-2021

2970 ö' Chayat Mohsin

Birth on ~~Sat~~ 500

2) Br methanol 2-5 ml 12,0
125,00 x 3

W R. ~~on~~ & snow.

~~1180.00~~ ~~15~~

Dr. OUDS

5 cel

99,00



ZITHROMAX® 500 mg
azithromycine

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés
Lot : 1276520
Date Fab : 09 / 2018 Date Exp : 08 / 2021
PPV : 79,70 DH

BRONCHATHIOL®
Carbocisteïne 5%

PPV 31.11.20
PER 02/2025
LOT 1355

31,90

ADULTE



LOT 202521
EXP 10 2023
PPV 180.00



LOT 191338
EXP 04/2022
PPV 99.00DH

Bipreterax Bipreterax®
Arginine 5 mg/1,25 mg Arginine 5 mg/1,25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés
ampoule حبة ملء 30

5



30 comprimés pelliculés
ampoule حبة ملء 30

5



125,60

125,60

Bip.
Arginine 5

25 mg

Comprimés pelliculés
périndopril arginine / indapamide

30 comprimés pelliculés
ampoule حبة ملء 30

5



125,60

125,60