

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

Nº P19- 045640

6793A Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8902 Société : PAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOU R MOHAMED

Date de naissance : 25/06/1967

Adresse : 23 Rue TASSADUT CITE LUCIA

ANATA PILOTTI

Tél. : 0661296244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeljalil BENABDESLEM
Spécialiste en Cardiologie
7 Rue AL GANTRA Appt N° 6 - Agdal - Rabat
Tel.: 053777734 Fax: 053777795

Date de consultation : 14/11/2011

Nom et prénom du malade : HADL KATHMOU Ahmed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL BARAKA DOUAIK - LIBAN TÉL : 0537636724 TELEFAX : 0537636724 INPE : 102004124	14.7.21	10887.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

**CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

Echographie-doppler cardiaque, artériel et veineux
Epreuve d'effort, Holter tensionnel et E.C.G
Cardiologie interventionnelle

Docteur Abdeljalil BENABDESLAM

Spécialiste en Cardiologie

ex. attaché de la ligue cardio-vasculaire
au C.H.U Ibn Sina de Rabat



الدكتور عبد الجليل بنعبد السلام

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

ملحق سابق بعصبة أمراض القلب والشرايين

بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط

Rabat, le 14/6/2021

9th BR KATHMANDU, Thailand

$$254,00 \times 3 = 762,00$$

Coverage 10/10

$$68,90 \times 3 = 206,70$$

- fludex

14/6

294,00

+ 3moy

19/6

294,00

Rabat - Tel : 05 37 63 67 24
26 Bd. de Ouled Hm
PHARMACEUTICALS
AL GANZRA
ALOUARDEMLAICK Moulay Hassan

Dr. Abdeljalil BENABDESLAM
Spécialiste en Cardiologie
7 Rue AL GANZRA Appart 6 - Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 77 34 - Fax : 05 37 77 77 45

294,00

7 زنقة المكنزرة - الشقة رقم 6 - الطابق الثاني - أڭداد - الرباط -
الهاتف : 05.37.77.77.34 - الفاكس : 05.37.77.77.45 - GSM : 06.61.19.52.50 -
المحمول : 05.37.77.77.45

E-mail: benabdeslam.abdeljalil@gmail.com

<http://cardiologue.ebooksgratos.com>

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

শুরু

®
dI

Liste II - UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

וְלֹא-יָמַר-לְבָנָיו: וְלֹא-יִתְהַגֵּן-לְבָנָיו:

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

॥ २०८ ॥ श्री गच्छ बाबा

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

શ્રી જી

III

Liste II - UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

וְלֹא-יָמַר-לְבָנָיו: וְלֹא-יִתְהַגֵּן-לְבָנָיו:

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Digitized by srujanika@gmail.com

አዲስ አበባ የኢትዮጵያ ፖስታ 30
የኢትዮጵያ

ለመሆኑን ማረጋገጫ

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

የኢትዮጵያ ፖስታ የኢትዮጵያ : II ቤት

RESPPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

የኢትዮጵያ ፖስታ የኢትዮጵያ

68,40