

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.

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.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 0038345

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6403 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 70063

Nom & Prénom : BAJBAR Boucharb

Date de naissance : 27.02.1967

Adresse : 10 Rue ANVERS CASA

Tél. : 0634672020 Total des frais engagés : 200 + 2138 (1298) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Baghdad - CASA Tél. 0522 48 27 89/90

Date de consultation : 2021/02/21

Nom et prénom du malade : Bajbar Boucharb Age :

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

Nature de la maladie : DM2

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 : CASA Le : 08/04/21

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
08/04/21		1	800	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Saïd LEBBAR Pharmacie Point Marabout 20000 Casablanca : 05 22 22 11 11 - R.C. Casa : 149884 : 05 1187614 - N° : 34505302 - Patente N° : 34306256 ICEN N° : 0018922250181 Dr. Saïd LEBBAR	08/04/21	1298,00
	08/04/21	840,00
		2138,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Dr Mohamed JELLAL

Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Libre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

- Obésité - Cholestérol - Thyroïde

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة النرقية

الهاتف : 0522 48 27 88

Casablanca, le 08/04/21



74786/120514-1
ANM 121/ADMP/21/INRG



74786/120514-1
ANM 121/ADMP/21/INRG



Dr. Saad BENJELLOUN
104, Lot NAIT W.4-DEROUA
Tél : 05 22 22 51 47 07

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Saïd LEBBAR
Pharmacien

Rond Point Mohammed VI - 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - P.C. Casa : 149884
CNGS : 1187641 - IF : 51505302 - Patente N° : 34306256
ICE N° : 001837771000045
INPE : 092049261

Docteur Mohamed JELLAL
Ex Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Baghdad - CASABLANCA
Tél. 0522 48 27 88

24, Zénqa Bgdad (قرب زénqa أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

ormine chlorhydrate

PPV 38.10 DH
LOT N336 PER 03/22
comprimés enrobés de

letformine chlorhydr

PPV 38.10 DH
LOT T136 PER 0.

pu 21.40 DH
IT P303 PER 11/22
dosés à 850 mg

50 comprimés dose
PPV 19.50 DH
LOT A068 PER

© 2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

50

On·Call®
Extra
Blood Glucose Test Strips

Blood Glucose

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

© 2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

50

On·Call®
Extra
Blood Glucose Test Strips

Blood Glucose

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

© 2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

50

On·Call®
Extra
Blood Glucose Test Strips

Blood Glucose

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

© 2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

50

On·Call®
Extra
Blood Glucose Test Strips

Blood Glucose

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

© 2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

50

On·Call®
Extra
Blood Glucose Test Strips

Blood Glucose

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

© 2017 ACON Laboratories, Inc.



INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07
+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

50

On·Call®
Blood Glucose Test Strips
Extra

Blood Glucose

REMBOURSÉ
par la
MUTUELLE

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

Pour Mr :

Facture N° : 80832

Date : 08-04-21

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1	on - capp Extra B 50 Tél: 05 22 51 47 07 Imm. 94, Lot NAIT N° 4-DEROUA Dr. Saad BENJELLOUN LA PHARMACIE REGIONALE	6	140,00	840,00

Montant	840,00
T.V.A	
TOTAL T.T.C	840,00

Arrête la présente facture à la somme de :