

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Médecine 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.

Prothèse et Traitement :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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- 058361

Optique *21/04/5* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *11252*

Société :

R.A.M

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *NADIF YASSIR*

Date de naissance : *02/10/1977*

Adresse : *LOT STade d'honneur Zm'D N° 8 Marrakech*

Tél. : *05 22 25 12 68*

Total des frais engagés :

329,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *08/05/2017*

Nom et prénom du malade : *NADIF GHITA*

Age : *6 mois*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *otalgies + escarbeau bleu*

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 :

Signature de l'adhérent(e) : *HP*

Le : *28/04/2017*



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 Paragraphe des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08.05.21 | C | | 200.00 | Dr. Mohammed CHOUHADY Dr. Chouhady. I.D. 1017 Dr. Chammadi. C.C. 1017 +81 75 Tel/Fax: 052621528 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Cachet et signature du
attestant le Parlement

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
|  PHARMACIE BIR ANZARANI Mme. AHMED Née LAHLO 94, Rue Cadi lyass Bd. Bir Anzaran Tél.: 05 22 25 43 95 CASABLANCA | 05/7/2021 | 129.20 |

PHARMALIE
Mme. Ali Naja Nec
94, Rue Cadi Iyass Bd. Bir Anzar
Tél.: 05 22 25 43 95 CASABLANCA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | |
|---|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| | H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> D G <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> B | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | |

عيادة طبية لأمراض النساء وطب الأطفال

CABINET MEDICAL DE GYNECOLOGIE ET DE PEDIATRIE

الدكتور غنوان محمد

Dr. GHANOUANE Mohamed

Spécialiste des Maladies des Enfants

Nourrissons et Nouveau-nés

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع والمواليد

خريج جامعة كاين بفرنسا

Diplômé de l'Université de CAEN France

شهادة مستعجلات طب الأطفال

Diplôme des Urgences Pédiatriques de l'Université de RENNES

الحساسية - الربو (الضيق)

Allergie - Asthme



الدكتورة الناصري عائشة

Dr. ENNACIRI Aïcha

Gynécologue Obstétricienne

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

خرساج جامعة كاين بفرنسا

Diplômée de l'Université de CAEN France

العمق - الفحص بالصدى - جراحة النساء - أمراض الثدي

Diplôme d'Echographie et de Stérilité de l'Université de Paris V

08.05.2021

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

Nourrisson NADIF Ghita



Poids : 7,50 Kg

Age : 6 mois 26 jours

1 OTIPAX

4 gouttes le matin, à midi et le soir, pendant 7 jours.

2 OSTEOCARE

1/2 cuillerée à café le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

Docteur Mohamed GHANOUANE

Dr. Mohamed GHANOUANE
Pediatre
94 Bd Chouhada, Lot. Zemmouri
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél: 05 22 61 81 75 - Tel/Fax: 05 22 61 81 75

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| © Oster | Osteocare liquide 200 ML | de Vitabiotics Ltd. |
| Ut Av : | PVC : 109,00 DH | |
| 31/07/2023 | Lot : | 01577 |
| | Iphabiotics | |
| À consommer avant le /Expiré en | 01577 | 08/2020 |
| | | 07/2023 |

Lot. 3557
Per.: 09 2023
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH

صيدلية بتر انزاران
PHARMACIE BIR ANZARANI
Mme. Aj Najia Née LAHLO
94, Rue Cadi Iyass Bd. Bir Anzaran
Tél.: 05 22 25 43 95 - CASABLANCA