

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.

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.

Education :

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 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° P19-0046021

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 505181 Société : RAM 2226

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Vie

Nom & Prénom : BOUCHABA KARIMA

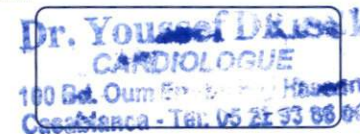
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/21

Nom et prénom du malade : BOUCHABA KARIMA 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) :

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
01-04-21	EG	300,00		Dr. Youssef DRISSI CARIOLOGUE 100 Bd. Ouhalla Casablanca - Tél: 05 22 33 86 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE K.M.
Dr. OUADIL Souad
Lissasfa 1 - Tél: 05 22 65 00
INPE: 092036789

01/04/21

1333,30

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

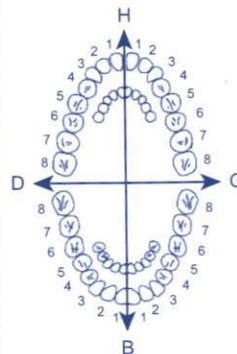
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

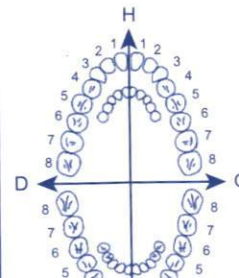
Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



Docteur Youssef DRISSI

Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux

Ancien Médecin Interne
des Hôpitaux de Paris

- Holter tensionnel
- Holter rythmique
- Epreuve d'effort
- Echo-doppler
cardiaque couleur



الدكتور يوسف الإدريسي

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

طبيب سابق بمستشفيات باريس

الفحص بالصدى بالألوان

- الهولتر-

Casablanca, le

01.04.21

Bougarba Karima

72,00 x 3

① Dete... 130,00 x 6

② Valph... 35.70

③ Alpr... 44.20 x 5

④ Difal... 40.30 x 2

⑤ Macil... 19.20 x 2

La 6 x 6

صيدلية كلوامين 9
PHARMACEUTIQUE
Dr. OUADILI Souad
Lissasfa 1-Tel: 05 22 65 00
INPE : 09 00 36 7

1333.30

100, شارع أم الربيع - إقامة الأفق - الحي الحسني - الدار البيضاء

100, bd. Oum Rabii - Résidence Al Ofoq (près de la Polyclinique CNSS) Hay Hassani - Casablanca

Tél./Fax : 0522 93 86 00 : الهاتف - E-mail : ydrissi@hotmail.com - Urgences : 0661 08 02 82 : المستعجلات

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

DIFAL®
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

LOT: 009

PER: MAI 2022

PPV: 130 DH 00

LOT: 011

PER: DEC 2022

PPV: 130 DH 00

LOT: 010

PER: AUT 2022

PPV: 130 DH 00

LOT: 010

PER: AUT 2022

PPV: 130 DH 00

LOT: 011

PER: DEC 2022

PPV: 130 DH 00

LOT: 010

PER: AUT 2022

PPV: 130 DH 00

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT

210368 1

EXP

02 2024

PPV

35.70

Oraciline 1M.U.I.

CP SEC B12



6 118000 061007

illine

LOT 190271 UT AV 12/21

PPV 40.30 DH

les

Oraciline 1M.U.I.

CP SEC B12



6 118000 061007

T 160989 UT AV 04/19

PPV 40.30 DH

BOV 670030 ID:

Karolina

01/04/2021 14:45:02

73 bpm

01/04

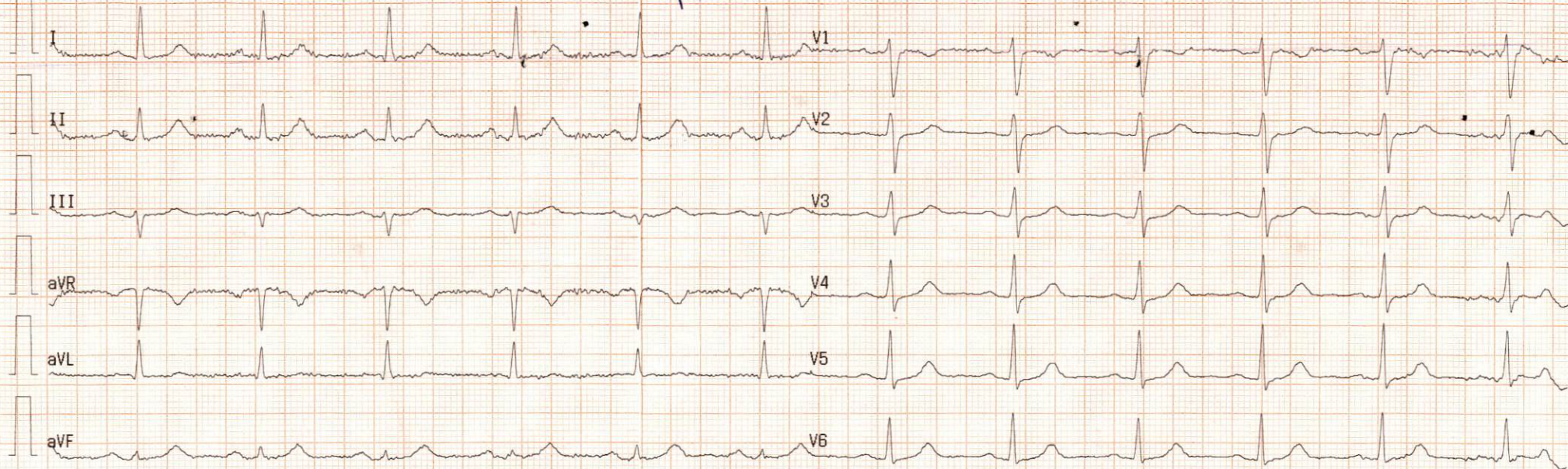
ID:

IN

Rythm

--- I

ECG n



25mm/s 10mm/mV LP: 25Hz AC:50Hz

Cardioline ECG100L 2.01.7025 SN:0628181F

CARDIOLINE

36.785

66010055