

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.

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-

74184

064601

Dentaire

Optique

Autres

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4823 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HASSI Aicha

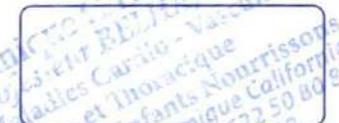
Date de naissance : 09/01/1938

Adresse : Riad EL ACHI, rue 105/CP 512

Tél. 06.60.60.7918 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2021

Nom et prénom du malade : HASSI Aicha

Age : 70 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dysphagie 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 :

M

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 Paiement des Actes
1/6/21	CS ECG SpO2 KU	30 min		JG
	Examen bactériologique			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/06/21	126,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

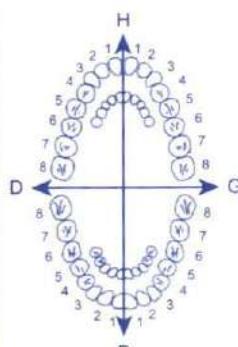
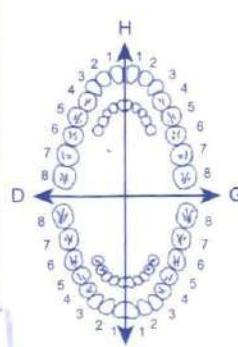
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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 de

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 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء .

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

1 fm 20 21.

Mme Aicha HADJI

. Vibration Rens daphy

~~72h~~ Detensiel long 1cp/1

~~72h~~ Lenothixox 50 µg 1cp/1

~~134~~ Bronchotool as sucre 1cassx3 1/

u/1?

~~AS~~
126.50

Traitement
Renouvelable
3 mois

Re Selby

J
L'hôpital
Rénitec - Enfants
545, Bd. Panoramique
Casablanca - Tel: 0522 50 76 98
Fax: 0522 50 76 98 60 00

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

Tél : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - الهاتف : Fax : 0522 50 76 98 - الفاكس :

E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com - العنوان الإلكتروني : Site web : www.cliniquecalifornie.net - الموقع الإلكتروني :

146

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

PPV 15DH30

EXP 12/2023

LOT 0D0515



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

bronchokod
sans sucre Adultes

LOT:1128
PER:07/22
PPV:41,10DH

Nom : HADDI AICHA
Numéro ID : 210601005
N° sous-ID :
Sexe :
Âge :
Réf-service :
N° chambre :

Fréquence cardiaque : 65 bpm
Durée QRS : 103 ms
Axes P/QRS/T : 49/28/26°
Tension RV5+SV1 : 1.87 mV

Intervalle PR : 155 ms
Intervalle QT/QTc : 399/407 ms
Tension RV5/SV1 : 1.04/0.84 mV
[Code Minnesota] 43

***** Analyse résultat *****
8110 Rythme sinusal
ECG normal

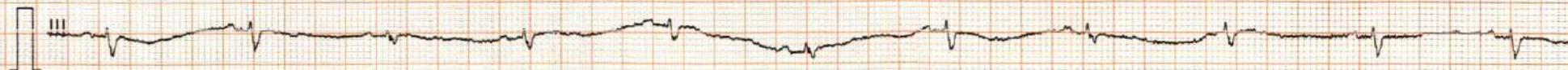
SaDr 94° 6
TA M 16 8

BS

INR
Adulte -
S45, av. Amor, 10
Casablanca, Tel.: 0522-50-50-98
Fax: 0522-50-16-98

Le docteur doit confirmer le rapport:

10mm/mV 25mm/s AC:50Hz, 0.5~100Hz



70472

01 17

ID: 240601005 Impulsmesserheure 2021/06/01, 10:02:47 Pioncare IE 12A V44 12Cai

