

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

tique :

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.

ntaire :

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

Nº M20- 0000600

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 06408 Société : RAM 74277

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LOUHIBI MOHAMMED

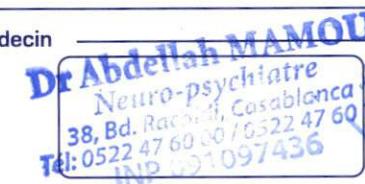
Date de naissance : 13.03.1963

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : 06 557 22 315 Total des frais engagés : 15718 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2021

Nom et prénom du malade : LOUHIBI Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : trouble anxieux

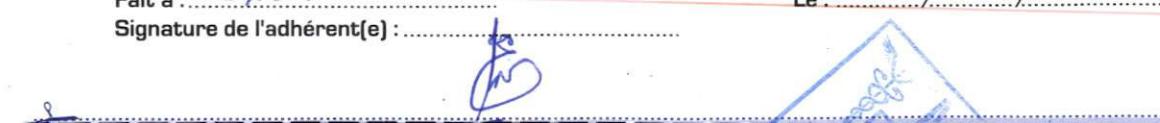
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

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
07/10/2017	Consultation	1	40000	Dr Abdellah AIT NEFACHE Neuro-Psychiatre 38, Bd. Hassan II BP 2024 INP 0910974

MORAIRES	
Naillé res	Cachet et signature du attestant le Paiement
.....
.....
.....
.....

Dr Abdellah M'hamed
Noureddine M'hamed
38 Bd. Hassan II
Télé: 0524 47 10 25
INP 09 197454

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ZIRAOUI Dr HRICHI Maria e. Rd ZIRAOUI N°10. Casablanca Tél. 05 27 29 44 43	27/5/21.	1171.80

PHARMACIE ZIRAOUI
Dr. HIRICH Maria
c. RD ZIRAOUI N°10 - Casablanca
Tél: 03 22 29 44 43

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
		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.

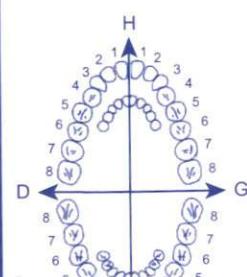
Important:

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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">H</th> <th style="text-align: center;">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D			00000000	00000000		35533411	11433553		<hr/>			B			MONTANTS DES SOINS
H	G																								
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
<hr/>																									
D																									
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
<hr/>																									
B																									
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/>																									
DATE DU DEVIS																									

الدكتور عبد الله مامو Docteur Abdellah MAMOU



NEURO - PSYCHIATRE
D.U. D'Angers
en expertise médicale
Ex. attaché des Hôpitaux de Paris
Médecin Expert auprès des Tribunaux

اختصاصي في الأمراض العقلية والنفسانية
حاصل من جامعة أنجيه على دبلوم
الخبرة الطبية
ملحق سابق بمستشفيات باريس
طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, Le 27.05.21 الدارالبيضاء في

T² Johanna LOURHIRE

83.70 x 14 V11226
- Dernier
Supplément
PHARMACIE ZIRAOUI
Dr. HRICHI Maria
77^e Bd. Ziraoui N°10. Casablanca
Tél: 05 22 29 58 63

T = 1171.80

Durée de Traitement 4 mois

R.D.V. le _____

Dr. Abdellah MAMOU
Neuro-psychiatre
38, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 06 22 47 60 00 / 10

ID : 646217
6
ID : 646622
6
ID : 646244
6
ID : 646174
6
ID : 646539
6
ID : 646522
6
ID : 646125
6
ID : 609193

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

SmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
V : 83,70 DH
8001 140237

Médicament autorisé n° 340093.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

SC0471

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

Médicament autorisé n° 340093.

Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

Médicament autorisé n° 340093.

Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
6 118001 140237