

## 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.

#### **Radiologie 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.

Le préalable renseigné sur la feuille de soins est



## ~~Déclaration de Maladie~~

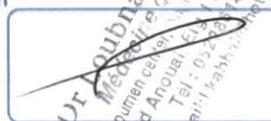
Nº W19-519850

(77427)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10509	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MERYM TAKRI (vers. MARIE ABDELLAH-S)			
Date de naissance : 1963			
Adresse : MARWA Rue 3 Im 203 Etg 2 App 4 HAY EL HABIBI			
Tél. : 0661 636565	Total des frais engagés : 330,00	Montant remboursé : 99,40	Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 8 06 2020

Nom et prénom du malade : Tony London Age : 1963

#### Lien de parenté :

Page 1 of 1

8

### Nature de la maladie :



Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pconfidence 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.

**Signature de l'adhérent(e)**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HASSAN DE AKOUZ KAIKOURA 70-52, Lot 1, Casablanca T. 05 22 99 35 22</i>	21/05/2021	795,45

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	D	G		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
				MONTANTS <input type="text"/>

الدكتورة لبنة قباج

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

طبيبة مستعجلات بمصحة درب غلف المتعددة

التخصصات للضمان الاجتماعي سابقًا

- دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونتوبولي

- دبلوم بين جامعي في مرض إرتفاع ضغط الدم

كلية الطب ستراسبورغ

الفحص بالصدى

الخطيط الكهربائي للقلب

# Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique

CNSS derb Ghellef, Casablanca

- Diplôme Universitaire de Diabétologie

Faculté de Médecine de MONTPELLIER

- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle

Faculté de Médecine de STRASBOURG

- Echographie générale

- Electrocardiogramme

Casablanca, le : 21/05/2021 ..... الدار البيضاء في

MME TATBY MERYEM

$20,90 \times 03 = 62,70$

- Vitamine d3 b.o.n. 200 000 ui / ml - solution injectable im et buvable

1 ampoule/mois pendant 3 mois

$160,100 \times 02 = 320,20$   
Claril 500 mg - comprimé

1 Comprimé, matin, soir, pendant 14 jours

$48,50 \times 05 = 145,50$   
Tiberal 500 mg - comprimé pelliculé LOT: 21132 PER: 04/2026

1 Comprimé, matin, soir, pendant 14 jours

$64,90 \times 02 = 128,20$   
Neomox 1g - comprimé dispersible

1 Comprimé, matin, soir, pendant 14 jours

$139,20$   
Ineso 20 mg - Comprimé

1 Comprimé, matin, soir pendant 14 jours

LOT: M0465

PER: 01/2023

PPU: 139,00 DH

$1 = 795,40$

PHARMACIE HAY EL HASSAN  
DR AKOUZ KARIM  
50-52, La 3, Missini Rue 2  
Hay Hassan, Casablanca  
Tel.: 05 22 96 35 22

NEOMOX®  
Acide acétyl-sulfamique  
Boîte de 14 comprimés dispersibles

PPV : 64,10 DH

6 118 000 190 622

NEOMOX®  
Boîte de 14 comprimés dispersibles

PPV : 64,10 DH

6 118 000 190 622

Dr Loubna KABBAG  
Médecine Générale  
Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual, Casablanca  
bureau 109  
Tél : 05 22 96 1983  
E-mail: kabbaj@hotmail.fr