

# 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.

## 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.

## 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.

## caire :

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.

## die 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° M21- 0057078

du conjoint 2048

82329

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2009

Société : RAM / Ama Den

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme FASSIL Amina Epse BENCHERIF

Date de naissance : 11/04/1956

Adresse :

Tél. : 06.61.71.11.76

Total des frais engagés : 328,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/07/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/07/2021

Authorisation CNDP N° : AA215 / 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
20/07/2011	ECG	/	30900	Dr. A. EL KIPARI CARDIOLOGUE El Soufia - Casablanca 08 72 377 0661 19 15 82 2000083 - INP 05 10 55 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme SERRAT Laila Rue des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0527 27 65 80	28/07/21	Pharmacie VILLAS M Mme SERRAT Laila Rue des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0527 27 65 80

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 DENTAIBLES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **(Création, remont, adjonction)**

D			G	DATE DU DEVIS
8				
8				
7				
6				

# Docteur Ahmed EL KIFANI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Limoges

Ancien Assistant des Hôpitaux de FRANCE

**SPECIALISTE DES MALADIES DU COEUR  
ET DES VAISSEAUX**

82, Rue Soumaya Angle Bd . Abdelmoumen  
(Immeuble RENAULT) Casablanca

: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19



# الدكتور أحمد الكيفاني

اختصاصي في أمراض القلب و الدورة الدموية

خريج كلية الطب بليموج

، زنقة سمية - شارع عبد المؤمن

( عمارة رونو ) - الدار البيضاء

: 05 22 98 72 37 / 05 22 25 26 19

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le

28/07/2021

الدار البيضاء في

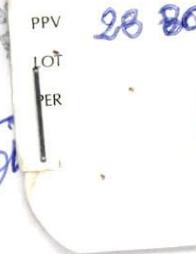
Mme BENCHERIF Amina

28.8522

Vitanerie fort



28 x 3/8 02/2021



→ Nouvelles 300us le Dim (AP)

02 boîte

Pharmacie LILAS N°1  
Mme SEKKAT Laila  
4 bis Rue Raouf  
Quartier des Normands Casablanca  
Tél/Fax : 0522 27 65 80

Dr. A. EL KIFANI  
CARDIOLOGUE

82,Rue Soumaya - Casablanca  
Tel: 0522 98 72 37 / 0661 18 75 82  
ICE: 001708483000082 - INP: 09105670E

ID: BENCHERIF  
BENCHERIF, AMINA  
FEMME 11/04/1956 (65 ANS) CAUCASIEN  
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

Pulse 233 bpm  
TO

28/07/2021 18:28  
FC: 83 bpm  
PR: 182 ms  
QRSd: 86 ms  
QT/QTc: 368/408 ms  
QTcB: 432 ms  
QTcF: 410 ms  
R v5-6 /S v1 0,57/0,92 mV  
Sok-Lyon: 1,49 mV  
AXES: 54/26/60 °

Non confirmé

Mylane Simele  
ECG Normal

Dr. A. EL KIFANI  
CARDIOLIGUE  
82 Rue Soumaya - Casablanca  
Tel: 0522 98 72 57 / 0661 18 75 82  
ICE: 00174848300083 - INP: 09105070

