

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

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.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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.

entaire :

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° M21- 0020582

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21679 Société : Retrente 82575

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dr MOURAD Bouchachab

Date de naissance : as-had 1/1/1952

Adresse : lot ATTADAROUNT Rue 6 N° 59 et 60 casablanca

Tél. : 0666989734

Total des frais engagés : 350 + 2066,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2019 C/m: 0610/75097 Tel: 0524396566

Nom et prénom du malade : Bouchachab TERRAB Age: 69

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : cardiopathie ischémique, Diabète 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 : casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Mourad Bouchachab

Le : 01/07/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMATEUR Dr. S. BERNARD Docteur en Pharmacie Résidence 1 622894309	01/07/21	20 66,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan radiologique.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25533411	21433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

DATE DU
DEVIS

(3 mrs.)

Marrakech, le : 21.07.2021.

270100x2 MRI j ENRANE Bouchairi.

1) COPLAVID 75 mg 100g - 1 g lent.
185.70x2

2) CRESTAPRO 37.00x3 75 mg / 1 g lent.

3) BIPROL 91.90x1 15 mg - 1 g lent.

4) Pantoprazole 191.00x3 40 mg / 1 g lent.

5) TAFORAL 2066.900 mg 180 mg lent.

1: 2066.900 mg lent.

PHARMACIE MARRAKECH
Dr. BELAHcene ILYAS
Cardiologue Interventionnel
INPE : 071252084
CLINIQUE LE MARRAKECH
targa zdaghia menara marrakech
Gsm: 0616375697 - Tel: 0524 396566

CLINIQUE LE MARRAKECH
D.A.M.E.S SARL
3702, Zdaghia Menara - Marrakech - RC: 8031
مصحة مراكش

CLINIQUE
LE MARRAKECH

Quartier Targa Zdaghia, Menara 40000 - Marrakech - Maroc

05 24 39 65 65 ☎ 05 24 39 65 66

Consultation et prises de rendez-vous : 05 24 39 65 60

*urgences 24/24 : 05 24 39 65 00

IF : 15186202 - TP : 46223231 - Cr-SS : 4711827 - ICE : 00168528700048

www.cliniquelemarakech.ma

حي تاركة الزيادية، متاركة 40000 - مراكش - المغرب

☎ 05 24 39 65 65 ☎ 05 24 39 65 66

الضحاوينات و المواجهات : 05 24 39 65 60

05 24 39 65 00 : 24/24

المستعجلات

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

3 582910 069454

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebââ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

3 582910 069454

37,00

37,00

91,90

91,90

91,90

91,90

37,00

91,90



Amlodipine/Valsartan

إكسفورج
80/5 مع

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

5 mg/80 mg

NOVARTIS

PPV : 195,00 DH



Amlodipine/Valsartan

إكسفورج
80/5 مع

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

5 mg/80 mg

 NOVARTIS

PPV : 195,00 DH



Amlodipine/Valsartan

إكسفورج
80/5 مع

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

5 mg/80 mg

 NOVARTIS

PPV : 195,00 DH

CLINIQUE LE MARRAKECH

D.A.M.E.S. S.A.R.L
TARGA ZDAGHIA MENARA
TEL :05.24.39.65.65 - 05.24.39.65.00

F A C T U R E

N° : 9024 / 2021 du 01/07/2021

Nom patient JEMRANE BOUCHAIB Entrée 01/07/2021
PAYANTS Sortie 01/07/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
				<i>Sous-Total</i> 50,00
Total Clinique				50,00
DR. BELAHcene ILYAS (cardiologue inte)	1,00	CS	300,00	300,00
				<i>Sous-Total</i> 300,00
Total Autres prestations				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

