

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **phacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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 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.



Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## **Maladie**

## **Dentaire**

Optique *gg400*  Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : *7612* Société : *R.A.M*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *AZNID Hamed*

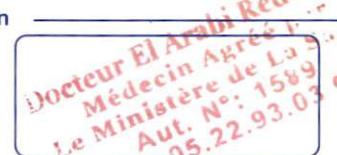
Date de naissance : *01/01/1959*

Adresse : *lot HAJ Fatih N° 8 - ouffa - casab*

Tél. *0624.88.12.14* Total des frais engagés : *947,60* Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : *06/11/2022*

Nom et prénom du malade : *AZNID HAJAR* Age : *62*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Tare + FIEVRÉ*

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 : *Casab*

Le : *06/10/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Hongraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/11/2022      |                   |                       | 150000 Ft                       |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

~~6  
het et signature du Médecin  
stant le Paiement des Actes~~

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date            | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
| <i>STEPHANIE C. SANCHEZ</i><br>C. Haj fateh n° 4 N° 3 Logement<br>Babchca - Tel: 0322 93 10 78 | <i>06/11/22</i> | <i>3957,60</i>        |
|  |                 |                       |
|  |                 |                       |
|  |                 |                       |

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire ou du Bédiologue  | Date              | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|-------------------|------------------------------|------------------------|
| <i>INSTITUT DE LA SANTÉ POUR LA JEUNESSE</i><br><i>INSTITUT DE LA SANTÉ POUR LA JEUNESSE</i><br><i>INSTITUT DE LA SANTÉ POUR LA JEUNESSE</i> | <i>20/01/2012</i> | <i>PCP</i>                   | <i>100,00</i>          |
|  |                   |                              |                        |
|  |                   |                              |                        |
|  |                   |                              |                        |

ANSWER

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

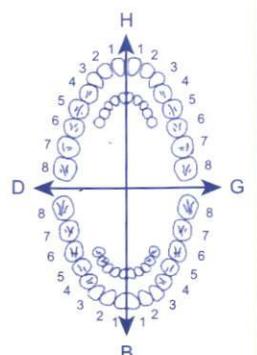
#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations complémentaires.



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | —        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



**[Création, remont, adjonction]**

# الدكتور رضوان العربي

الطب العام

Dr Redouane EL ARABI

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

Casablanca, le :

Dr EL ARABI Redouane  
Médecine Générale  
141, Lot 141, Hajj Fateh R.D.  
Casablanca 20229  
Tel: 022 93 03 09

ان

PPV: 79DH70

PER: 08/24

LOT: K2177

PPV: 79DH70

PER: 08/24

LOT: K2177

AZEN 7/9; HAJAR

Cardiospirine 100 mg/30cpls  
Acide acétisyisalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280



PPV: 49,60 DH

LOT: 21I16

EXP: 09/2024



VITAMINE C 1g  
Boite de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH

6 118000 190936

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 09/2024  
LOT 18066 19

20 comprimés effervescents

PPV: 14DH00

PER: 10/24

LOT: K2807

05 22 93 03 09 - آثار البيضاء - الماء - سنتي - رقم 2

Lotissement Hajj Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09

LOT: 200663  
PER: 11/2023  
PPC: 79,50 DH

**Apixel®**  
Comprimés  
à sucer

79,50 i Apixel Inj ap  
7 cix x 2 i

397.60

Docteur El Arabi Redouan  
Le Médecin d'Arceur  
Tél: 05.22.93.03.00

STE PHARMACIE HAMZA  
C/ SEDLANCA  
Lot 10 Haj Fouad 1000 W 2 Lot 44  
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Dr Redouane EL ARABI

الدكتور رضوان العربي

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Petite Chirurgie - Circoncision

الطب العام

الشخص بالصدى

تخطيط القلب

الجراحة الصغيرة - الختان

Casablanca, le :

Dr. EL ARABI Redouane  
Médecin Général Fateh R.D.  
N°2 El Ouardi 1029 Casablanca  
Tél: 0522 93 03 09

الدار البيضاء، في :  
A 29/03/2022

Hajar

PCR  
Corona

-LABORATOIRE NATIONAL  
DE REFERENCE

Dr. El Arabi Redouane  
Médecin Agrée par  
Le Ministère de la Santé  
Tél: 05 22 93 03 09

تجربة المساج شارع - المرسم 141 - المطابق السفني - الشهادة رقم 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 03 09

Lotissement Hajar Fateh - Lot 141 - R.D.C - Appt. 2 - Casablanca - Tél. : 05 22 93 03 09

Spécialités

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

## FACTURE N° : 393 / 22

Dossier réalisé le : 06/01/22 08:34

A l'attention de : **Mme AZNIDI HAJAR**

Identifiant du patient : **21D0000804**

### Analyses :

|                |       |            |
|----------------|-------|------------|
| COVID-19 - PCR | B 400 | 400,00 DHS |
|----------------|-------|------------|

Total dossier : 400,00 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :  
**QUATRE CENTS DIRHAMS**

facturé



facturé

*Spécialités*

Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 21D0000804

Date de naissance : 20/10/1997

Sexe : F

Date de l'examen : 06/01/2022

Prélevé le : 06/01/2022 à 08:32

Édité le : 06/01/2022 à 15:26

Mme AZNIDI HAJAR

Dossier N° : C22010811



### DÉPISTAGE ET SUIVI DE LA COVID-19

#### BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement : Ecouvillon nasopharyngé  
CONCLUSION : ARN viral du SARS-CoV-2 positif.

Le 06/01/2022 à 15:26  
Signature  
OUSTI Fadwa

H.F. Le Cheikh Khalifa Ihsan Zaid  
Médecin Biologiste

#### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.