

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

Informations 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Dentaire :

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- 081713

10831X

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0685

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BAGHDADI Bachir El Beuuouss

Date de naissance : 01/07/44

Adresse : Residence AL Farolades RTE Agdal

Maison n° 6

Tél. : 0616510414 Total des frais engagés : 300 x Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/03/2022

Nom et prénom du malade : BAGHDADI Bachir El Beuuouss

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : D'acide

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 : CMSA

Signature de l'adhérent(e) : anouar Benyoussef

Le : 16/03/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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
1-3-2022	g	3000\$		 Dr. Zineb SLAIBI ENDOCRINOLOGISTE - DIABETE Andie Rue des Hôpitaux 1400 Tel: 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 Fax: 05 22 20 23 45 IEE : 891974339998863

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 HARMACIE SUP ANFA Mouna CHABACH PHA e.d'Azemmour Anfa Sousse 16 Tel: 05 22 35 01 16 18 25 98000083	11/03/22	52347143

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



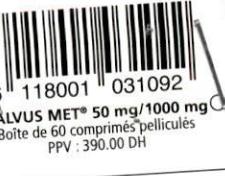
دكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 11.3.2022 الدار البيضاء، في :

Hme BAGHDADI Denmark
DRX78.00 157.00 KADIA
Diamicron 50mg 
83 x 330,00 ~~2794~~ matin
2830,00 ajeu
Galvus long 
86 x 390,00 ~~347~~ matin
3260,00 ajeu
5247,40 


6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 0011200063 - ICE : 001697433000063

40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 3ème étage - Qu

Tél. : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75 - E-mail : zinebslaoudiouri@gmail.com - ICE : 001697433000063

avillon 28) - CASABLANCA

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la lire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Cela s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

DIAMGRON® 60 mg

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.

- Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de la lire.
- Si vous avez d'autres questions, interrogez votre médecin ou votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si vous ressentez un quelconque effet indésirable, parlez-en à votre médecin ou votre pharmacien. Cela s'applique aussi à tout effet indésirable qui ne serait pas mentionné dans cette notice. Voir rubrique 4.

DIAMGRON® 60 mg

313745-02

Jardiance®
Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés



**Boehringer
Ingelheim**

6 118001041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

BOTTU S.A.

313839-02

313745-02

Jardiance®
Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés



**Boehringer
Ingelheim**

6 118001041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

BOTTU S.A.

313839-02

313745-02

Jardiance®
Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés



**Boehringer
Ingelheim**

6 118001041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

BOTTU S.A.

313839-02

313745-02

Jardiance®
Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés



**Boehringer
Ingelheim**

6 118001041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

BOTTU S.A.

313839-02

313745-02

Jardiance®
Empagliflozine

10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés



**Boehringer
Ingelheim**

6 118001041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

BOTTU S.A.

313839-02