

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.

armacie :

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.

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.

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

Nº P19- 062042

(1A-0351)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MO HAMEI

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHERAIN IN. 82 APP 1 RUE 1 OUL FA CASA

Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 1176,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2022

Nom et prénom du malade : BECANTARI MALIKA Age : 63

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MSA

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 : CASA Le : 23/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/07/2021	ECG		1500.00 100.00	Mehdi BEUELLOUN Tel: 05 30 89 07 82 - 06 72 41 22 00 INPE: 911/00/3 الدكتور مهدي بعلون Cardiologue Centre Espace RP Ghahdia - El Goulli Signature: _____
20/07/2021	ECG		Cent 100	Mehdi BEUELLOUN Tel: 05 30 89 07 82 - 06 72 41 22 00 INPE: 911/00/3 الدكتور مهدي بعلون Cardiologue Centre Espace RP Ghahdia - El Goulli Signature: _____

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 25 El Ouley Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 Fax: 00500246000026 SIF SOUFIANE N° 23/25	23/3/22	380,100DH 566,300DH
	30/3/22	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Signature et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
I.C.E.			

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX									
				MONTANTS DES SOINS									
				DEBUT D'EXECUTION									
				FIN D'EXECUTION									
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B G</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552												
00000000	00000000												
<hr/>													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Cabinet de Cardiologie



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

عيادة أمراض القلب

30/03/2022

Le :

BELANTARI Malika

182,10 X 3

SULIAT HCT 160/5/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

566.30

182,10

PHARMACIE SOUFIANE
 Groupe K. RUE 154 N° 23/25
 EL Oulfa - Casablanca
 Tél : 05 22 89 09 63
 I.C.E : 000500246000026

182,10

182,10

زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14
 البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



Cabinet de Cardiologie

الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

عيادة أمراض القلب

Le :

23/03/2022

BELANTARI Malika

27,70x3

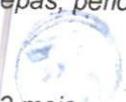
CARDIOASPIRINE 100



1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

99,00x3

COSTAL 20



1 comprimé le soir, pendant 3 mois

380,10

LOT : 201676
UT AV : 11/2023
PPV : 99,00DH

LOT : 201676
UT AV : 11/2023
PPV : 99,00DH

LOT : 201676
UT AV : 11/2023
PPV : 99,00DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

ID:
D-naiss:
ans,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

23-Mar-2022 17:54:21 Fréq. Card.: 71 BPM
 Axes P-R-T: 49 -11 21 Int PR: 243ms
 Dur.QRS: 102ms QT/QTc: 348/370ms

23-Mar-2022 17:54:21

المكور مهدي بنجلون
 Dr. Mendi BENJELLOUN
 CARDIOLOGUE
 Rue 2 N°81 - 1er Etage RP Chahdia - El Oued
 Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
 E-mail: 9117562@

RESPIRATORY
 NO RHYTHM

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

Version 2.0.3.5 Séquence 22894 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz