

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



AM908

Déclaration de Maladie : N° P19-0004316

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAFI/ABDELA Date de naissance : 14-09-1989
Adresse : 82 YAZID RES SARA Bloc B - H. 59 - TETOUAN
Tél : 06 20 1342 23 Total des frais engagés : 250 + 1.85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 / 02 / 2022
Nom et prénom du malade : CHAFI AZELABRE Age : 26
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : DT1A
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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

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.

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/02/22 | C | | 250 dh | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 28.02.22 | B168 | 185 dh |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

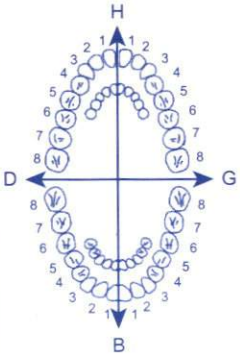
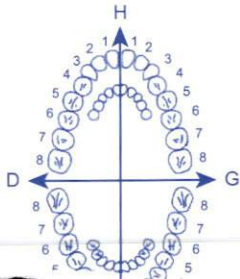
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur CHAOUI Omar

Spécialiste en Endocrinologie & Diabétologie

Diabète - Goitre - Troubles Hormonaux
Maladies des Glandes - Cholestérol, obésité - Nutrition



الدكتور الشاوي عمر

اختصاصي في أمراض الغدد والسكري

الغدة الدرقية - الاضطرابات الهرمونية
الكوليسترول - العقم - السمنة - التغذية

ORDONNANCE

Tétouan Le 28/02/2022 في تطوان

M. CHAFI AZE Larabe

- Ant. Ur

- HbA1c

LABORATOIRE CENTRAL TETOUAN
ANALYSES MEDICALES
Dr. Rachid ISMAILI, Médecin Biologiste
Av. des FAR, Imm. Essaka 2 N°8
Urgences: 06 53 75 50 83
Tél: 05 39 72 06 50 Fax: 05 39 71 66 62

Dr. CHAOUI Omar
Endocrinologie & Diabétologie
Av. des FAR Résidence Hania 1
Etage 3 N° 10 (Esso) Tétouan
Tél. 05 39 99 58 58

شارع الجيش الملكي، إقامة هانية 1 الطابق الثالث رقم 10 (اسو) - تطوان

Av. des FAR Résidence Hania 1 Etage 3 N° 10 (Esso) - Tétouan

Tél : 05 39 99 58 58 / E-mail : chaoui_omar@hotmail.com



TETOUAN le: 28/02/2022

FACTURE N° 31147/2022

Médecin

Docteur CHAOUI OMAR

Nom du patient

MR CHAFI AZEARABE

Examens

- HBA1C- URE- CREAT

Cotation

B 168

Montant

185,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CENT QUATRE-VINGT CINQ DIRHAMS

المختبر المركزي تطوان
LABORATOIRE CENTRAL TETOUAN
ANALYSES MEDICALES
Dr. Rachid ISMAILI
Médecin Biologiste
Av. des FAR, Imm Essaka 2 N°8
Tél/Fax: 05 39 71 66 67 Urgences: 06 53 75 50 83



Prélèvement du : 28/02/2022 à 08:56

Résultats édités le: 28/02/2022



MR CHAFI AZEARABE

Dossier N° 20F531

Prescripteur: Docteur CHAOUI OMAR

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANG
(Sur Automate Konelab Prime 30i)

Valeurs de référence

| | | | |
|--|-----------|--------|-----------------------|
| UREE..... | 0,29 | g/l | 0,13 à 0,45 |
| | 4,81 | mmol/l | 2,16 à 7,47 |
| CREATININE..... | 9,10 | mg/l | 6,70 à 12,00 mg/l |
| Technique: Cinétique enzymatique à 37° | 80,54 | μmol/l | 59,30 à 106,20 μmol/l |
| Antécédent du 24/06/20 - 10:19 : | 8,70 mg/l | | |

BIOCHIMIE SANG.
(Technique HPLC BIO-RAD D10)

| | | | |
|----------------------------------|--------|---|-------------------|
| HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c..... | 7,80 | % | (*) 4,00 à 6,50 % |
| Antécédent du 31/08/21 - 10:20 : | 8,60 % | | |

Total de pages: 1

==  == H1-8380V V01.15 =====
 28-02-2022 12:54 Var.
 MEAS No. 0002 Port No. 0002
 ID 004-28B22-----

HbA1c 61 mmol/mol
 HbA1c 7.8 %
 HbF 0.5 %

| | | R. time | Area | % |
|------------------|-------|---------|-------|------|
| P1 | | 4 | 252 | 0.7 |
| P2 | | 6 | 458 | 1.3 |
| P3 | F | 9 | 171 | 0.5 |
| P4 | L-A1c | 11 | 611 | 1.7 |
| P5 | S-A1c | 18 | 2688 | 7.6 |
| P6 | A0 | 40 | 31498 | 88.3 |
| Total area value | | | 35678 | |

29mOD

408mOD

