

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

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Radiologie 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.

Prothèse :

Pour les prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à joindre à la demande de remboursement.



Déclaration de Maladie

W21-845967

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 134 98 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENITO OUMAYMA

Date de naissance : 16-11-1998

Adresse :

Tél. : 06 12 96 13 70 Total des frais engagés :

Cadre-réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/03/2024

Nom et prénom du malade : Benito Oumayma Age: 25

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Acné

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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
14/03/2024	CS	300 mg		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	14/03/2024	524,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

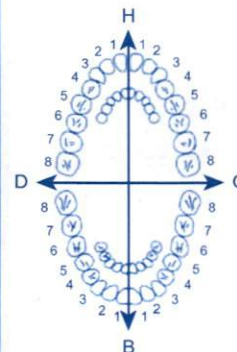
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/03/24	Edto pelvienne	4000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

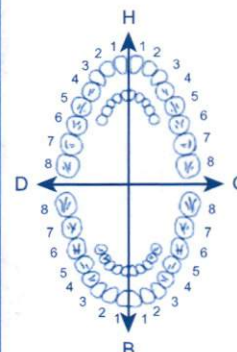
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

MONTAN
DES SOIN

DEBU
D'EXECUT

FIN
D'EXECUT

CCEFFICIE
DES TRAV

MONTAN
DES SOIN

DATE DI
DEVIS

DATE D
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr Lamiae ARAQI HOUSSAINI
SPÉCIALISTE EN DERMATOLOGIE

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Dermatologie chirurgicale
- Dermatologie pédiatrique
- Dermatologie - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca



الدكتورة لمياء عراقي حسيني
أخصائية في الأمراض الجلدية

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء
خريجة كلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء

ORDONNANCE

14/03/2024

Bani He Oumayma

1) Heliabrine HA gel nettoyant

pour laver le visage le soir

137,00

2) Epiduo gel

2 fois sur 2 pendant 25 jours

64,50 X6

3) Tetralysal 300 mg cp

2 cp 1 jour au milieu d'un repas pendant 3 mois

524,00

PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél : 05 22 25 49 25
RC : 245509 - Ple.: 35873067
IF : 40436642

4) Eucerin oil control SPF50+
écran

1 app / 4 heures

Dr. Lamiae ARAQI Houssaini
Dermatologue
5, Rue Aboumachaar on Face Station
Trafway (Rd Anwal) - Casablanca
Tél.: 05 22 86 47 48

Tetralysal[®]

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 64,50 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



Tetralysal[®]

TETRALYSAL 300 mg

Boîte de 16 gélules

AMM N°26 DMP/21/NCV

P.P.V : 64,50 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



Epido

0,1% / 2,5%, gel

adapalène / peroxyde de benzoyle

GEL

voie cutanée

30g

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 137,00 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1, 27182-Bouskoura



6 118001 071692



VALDERMA

511117

Tetralysal[®]

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 64,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



Tetralysal[®]

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 64,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



Tetralysal[®]

TETRALYSAL 300 mg
Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 64,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



Tetralysal[®]

Boîte de 16 gélules
AMM N°26 DMP/21/NCV
P.P.V : 64,50 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Moroc



lymécycline

ليميسيكين

Dr Lamiae ARAQI HOUSSAINI
SPÉCIALISTE EN DERMATOLOGIE

- Maladies de la peau, des cheveux et des ongles
- Dermatologie chirurgicale
- Dermatologie pédiatrique
- Dermatologie - Allergologie
- Lasers médicaux
- Médecine esthétique

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca



الدكتورة لمياء عراقي حسيني
أخصائية في الأمراض الجلدية

- أمراض الجلد، الشعر و الأظافر
- الجراحة الجلدية
- أمراض الأطفال الجلدية
- الحساسية الجلدية
- العلاج بالليزر الطبي
- طب التجميل

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء
خريجة كلية الطب و الصيدلية بالدار البيضاء

ORDONNANCE

44103/2024

Benitto Oumayma

- Age = 25ans
- ATCDs = RAS
- Présente de l'acné d'adole
sur le visage

→ Echantillon pour analyse
cytologique ovulaire
SVP

(Sd OPK?)

Dr Lamiae ARAQI HOUSSAINI
Dermatologue
5, rue Aboumâchar - Casablanca
Tél.: 05 22 86 47 48