

# 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.

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.

## Prothèses :

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.

## Autres :

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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0030568

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12653 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAN SOUR Anas

Date de naissance : 26/02/1988

Adresse : Immeuble Californie Imm Yacout 2 Apt 3

Ain Chok Casablanca

Tél : 0655358164 Total des frais engagés : 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr N. BOUIN  
Radio - Oncologue  
INP : 091035972

Centre Al Kindy - Casablanca

Date de consultation : 10/12/2019

Nom et prénom du malade : E. Ouahmane Age : 32

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

Nature de la maladie : Cancer du sein

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 : Casablanca Le : 02/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10/10/15	S	9		

# 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
---	------	------------------------------	------------------------

24/10/15 808 100 DH

ICE: 0010114422000053

INPE: 133003434

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

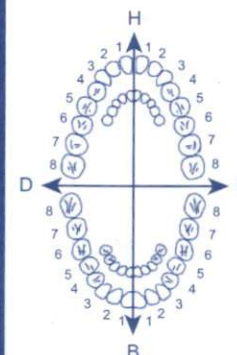
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

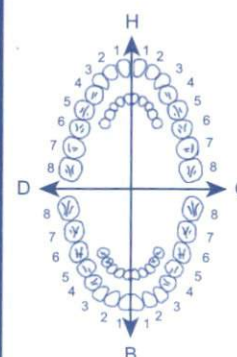
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'



مركز العلاج الكندي  
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY  
Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانتر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA 10/10/19.

Mme/Mr. : El Aouli Imane.

☒ NFS + PLAQUETTES

☐ UREE + CREATINEMIE

☐ GLYCEMIE

☐ TRANSAMINASES (TGO + TGP)

☐ YGT + PHOSPHATASES ALCALINES

☐

☐

☐

☐

☐

☐



Dr N. BOUIH

Radio - Oncologue

RDV, le : 24/10/19

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centreakindy.ma | E-mail : alkindy.onco.rg.e@centreakindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4 - زنقة يوسف الكندي - شارع بن سينا - الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34



# مختبر زهير التحليلات الطبية

## LABORATOIRE ZOUHAIR D'ANALYSES MEDICALES

DR. MUSTAPHA ZOUHAIR - PHARMACIEN BIOLOGISTE  
DIPLOME DE L'UNIVERSITE COMPLUTENSE DE MADRID. ESPAGNE

Madame EL OUALI IMANE

I J 1 8 2 9 1

Facture N° : 13968

Analyses Effectuées Le 24/10/2019

Prescripteur : N.BOUIH

Prélèvements

10 dh

NFS + PLA(H,F,E=10-12ANS,N=3M

b : 80

TOTAL\_B : b 80

TOTAL DOSSIER : 100 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT DHS







# مختبر زهير التحليلات الطبية

## LABORATOIRE ZOUHAIR D'ANALYSES MEDICALES

DR. MUSTAPHA ZOUHAIR - PHARMACIEN BIOLOGISTE  
DIPLOME DE L'UNIVERSITE COMPLUTENSE DE MADRID. ESPAGNE

Prélèvement du : 24/10/2019

Edition du : 24/10/2019



IJ18291

Madame EL OUALI IMANE

Dossier n° : IJO11371

JAO1179

Dr. N. BOUIH

Page : 1 / 1

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE

			Normes	Antériorité
Globules rouges	3,95	*	M/mm <sup>3</sup>	(4 à 5,4)
Hémoglobine	10,7	*	g/dl	(11,5 à 15,5)
Hématocrite	34,0	*	%	(35 à 47)
VGM	86,08		μ <sup>3</sup>	(80 à 95)
TCMH	27,09		pg	(27 à 32)
CCMH	31,47	*	%	(32 à 36)
Plaquettes	278		Mille/mm <sup>3</sup>	(150 à 400)
Globules blancs	4130		/mm <sup>3</sup>	(4000 à 10000)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	49,6	*	%	(50 à 75)
soit	2048		/mm <sup>3</sup>	(2000 à 7500)
Polynucléaires Eosinophiles	2,2		%	(< = à 4)
soit	91		/mm <sup>3</sup>	(< = à 400)
Polynucléaires Basophiles	0,7		%	(< = à 1)
soit	29		/mm <sup>3</sup>	(< = à 100)
Lymphocytes	29,3		%	(25 à 35)
soit	1210	*	/mm <sup>3</sup>	(1500 à 4000)
Monocytes	18,2	*	%	(2 à 8)
soit	752		/mm <sup>3</sup>	(100 à 800)
Au total	100			

