

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.

Biologie 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.

que :

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.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ie 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 P19-0030568

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10795

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : MAN SOUR

Date de naissance : 26/02/1988

Adresse : Tunisie

Ain Chok

Casablanca

Imm Yacout 2 Appt 3

Tél. : 0655358164

Total des frais engagés :

100,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/12/2019

Nom et prénom du malade : E I. Ouardi DEC/2019 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 :

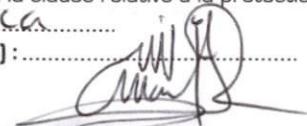
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
16/02/13. 5			5.	

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	1000 DH

INPE: 133003434

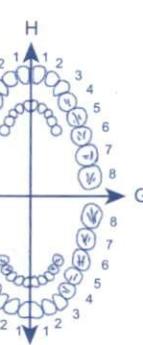
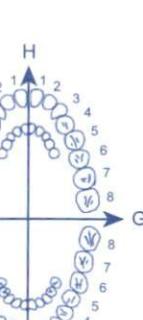
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'IRM.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT I

RADIOOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGBT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE

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

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي البالطني و الفياض - الإشعاعي التوسي - العلاج الكمياني البالطني - الإستشفاء

10/10/19.
 CASABLANCA, MAROC

Mme/Mr. :

El Aali Imane.

NFS + PLAQUETTES

UREE + CREATINEMIE

GLYCEMIE

TRANSAMINASES (TGO + TGP)

γGT + PHOSPHATASES ALCALINES



Dr N. BOUH

Radio - Oncologue

Tel : 09 13 56 35 05

INR : 09 13 59 72

Centre Al Kindy - Casablanca

RDV, le : 24/10/19
 AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma

المقر الرئيسي 2، زققة يوسف الكندي ، شارع بن سينا ، الدار البيضاء مغاريف ، 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 للتحاليل الطبية

LABORATOIRE ZOUHAIR D'ANALYSES MÉDICALES

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

Madame EL OUALI IMANE

I J 1 8 2 9 1

Facture N° : 13968

Prescripteur : N.BOUIH

Analyses Effectuées Le 24/10/2019

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 للتحاليل الطبية

LABORATOIRE ZOUHAIR D'ANALYSES MÉDICALES

DR. MUSTAPHA ZOUHAIR - PHARMACIEN BIOLOGISTE

DIPLÔME 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/mm3	(4 à 5,4)
Hemoglobine	10,7	*	g/dl	(11,5 à 15,5)
Hematocrite	34,0	*	%	(35 à 47)
VGM	86,08		μ3	(80 à 95)
TCMH	27,09		pg	(27 à 32)
CCMH	31,47	*	%	(32 à 36)

Plaquettes _____

278 Mille/mm3 (150 à 400)

Globules blancs _____

4130 /mm3 (4000 à 10000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	49,6	*	%	(50 à 75)
soit	2048		/mm3	(2000 à 7500)
Polynucléaires Eosinophiles	2,2		%	(< = à 4)
soit	91		/mm3	(< = à 400)
Polynucléaires Basophiles	0,7		%	(< = à 1)
soit	29		/mm3	(< = à 100)
Lymphocytes	29,3		%	(25 à 35)
soit	1210	*	/mm3	(1500 à 4000)
Monocytes	18,2	*	%	(2 à 8)
soit	752		/mm3	(100 à 800)
Au total	100			

