

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.

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.

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 : N° P19- 0013841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04802

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUAIBI MOSTAFA Date de naissance : 21/03/1959

Adresse : Abituelle

Tél. : 0548499371 Total des frais engagés : 588,23 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/12/19

Nom et prénom du malade : CHOUAIBI Lobna Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bul ad

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 : Casu

Le : 29/10/2019

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
08/12/19	Service d'Urgence		255,03	Dr. CHALIM Abdelhak Médecin Généraliste Vacataire Service des Urgences Hôpital Ibn Ziraoui

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY HAKAM Dr. RIHANE MOHCINE Hakam I N° 40 Rue 21 Bd. Ibn Tachfine Casablanca - Tél: 022 62 46 48	08/12/19	33320

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

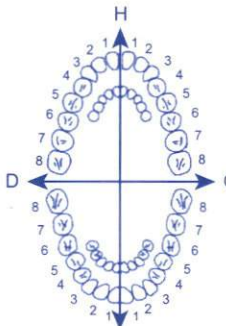
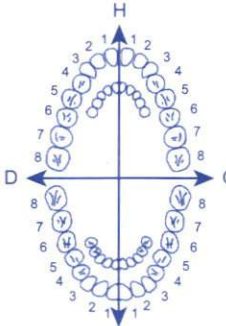
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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																						
		DATE DE L'EXECUTION																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 08/10/19

Mlle CHOUA B: Lohma

11050
(1)

~~Sepcen 200~~
1 g 204 x 88

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

2A20
(2)

~~Aspirin~~
1 g 304

ASPEGIC 500 MG
SACHETS B20
P.P.V.: 27DH20
LOT : 8MA073
PER: 11/2020
5 118000 061090

5100
(3)

~~Bronchodil~~
2cc 3 x 2

51,00

8450
(4)

~~aléouin~~
1 gel 107

Lot : NVM18
A consommer avant le : 05/2022
PPC: 84.50 DH

6000
(5)

~~Ferplex~~
1 g 310

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcens buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

33320

Dr. GHALIM Abdel
Médecin Généraliste Vacataire
Service des Urgences

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT



Nom : CHEBIB Prénom : John

1) Date de la constatation de l'état de maladie :

08/10/19

2) Renseignements cliniques sommaires :

Bleu AML

3) Traitement envisagé et actes :

Nebules

K10

2) Durée prévisible du traitement :

A Chebib LE

Signature

Dr. Chebib Abdelhak
Médecin Généraliste Vacataire
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Ziraoui

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 599451		N° SEJOUR : 190035765		FACTURE N° 1905015956		DATE D'ENTREE : 08/10/2019		DATE DE SORTIE : 08/10/2019			
ASSURE :				DESTINATAIRE : CHOUAIBI,Lobna							
MALADE : CHOUAIBI,Lobna											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
						N° SE. SOC. ETRANG. :					
NATURE DE PRESTATION		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
AUTRES ACTES COTES EN K											
Acte de Spécialité Médicale		K	10.00	22.50	225.00					0.00 225.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					4.18					0.00 4.18	
FOURNITURES MEDICALES					25.85					0.00 25.85	
Intervenant : 13072009 GHALIM ABDELHAK GENERALISTE					TOTAUX :	255.03				255.03	
Arrêtée la présente facture à la somme de :					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE CINQ DHS ET TROIS CENTIMES					REMISE :	0.00		REGLE :	255.03		AVOIR :
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/10/2019					EDITEE LE :	08/10/2019		PAR: SAGHIR		ACCIDENT DE TRAVAIL :	
VISA							N° DE POLICE :		DATE AT :		
					Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI				
					BANQUE :		B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
					N° compte bancaire :		011 780 00 00 43 210 00 60050 54				