

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.

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 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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0012374

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23036**

Matricule : **05355** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **Abdellah Agzouline** Date de naissance : **03.04.57**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **0667911155** Total des frais engagés : **+457,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **18.12.2019**

Nom et prénom du malade : **Mouhammed Amir** Age : **57ans**

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

Nature de la maladie : **Gonarthrose bilatérale**

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 : **Djerredj** le : **12/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
18/12/19	C3		300 1H	Professeur Hassan El Professeur de l'enseigne Libérateur
9/1/20	C3		6	Professeur Hassan El Professeur de l'enseigne Libérateur

Professeur Hassan El Kabli
Professeur de l'enseignement
Supérieur

Professeur
Hassan M. Abil
Médecine Interne
MERS SULTAN
M. de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/19	159,00
	09/01/20	314,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire d'odontologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		Obtention de la carte d'identité populaire + Rx générale	700,-

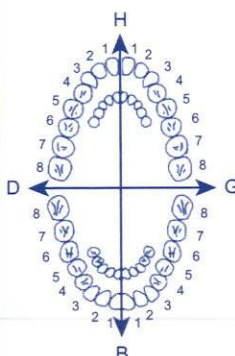
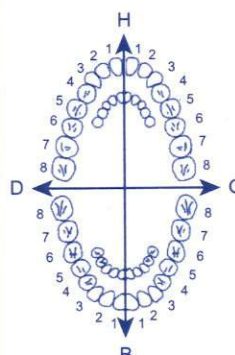
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

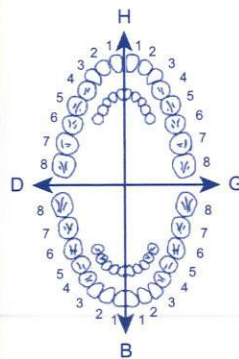
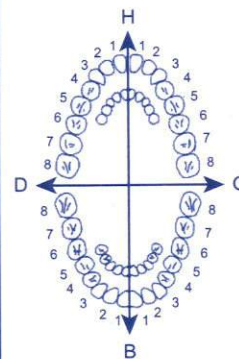
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
		00000000	00000000																
		35533411	11433553																
		B																	
					Montants des Soins														
			Date du Devis																
			Date de L'Execution																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le 18/12/19 في الدار البيضاء ،

M^{me} Mouhiche AMINA

1/ Rx du GERM G et D
FTP

2/ échographie du Cerveau
Toplite Gels

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 77 44 21 / 05 22 77 44 06 67 46 72

Professeur Hassan El Kabli
Professeur de l'enseignement
Supérieur
Médecine Interne
CLINIQUE MERS SULTAN

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Casablanca

Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74

E-mail : hassanelkabli@gmail.com

Professeur Hassan El Kabli

Mle. 05355

الأستاذ حسن القبلي

Professeur de l'enseignement
Supérieur
Médecine Interne



أستاذ التعليم العالي

Casablanca, le

09 / 1 / 2021

TEL : 19 14 61
PER : 09 - 21
PPV : 30,00 DH

TEL : 19 14 61
PER : 09 - 21
PPV : 30,00 DH

TEL : 19 14 61
PER : 09 - 21
PPV : 30,00 DH

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

PVC: 198.00 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMMN°171/16DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin murdoch) - Cc
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61
E-mail : hassanelkabli@gmail.com

Professeur Hassan El
Professeur de l'enseign
Supérieur
Médecine Inte
CLINIQUE MERS SUI

30.00x3

1/ Sedalgic

198.00x3

2/ Piascle

198.00

3/ Norleptil

20.90 x 34 vitamine B5 B-1

314,70

Rbv 3m

1 ampoule brom T.Mui
x 3m

Mle. 05355

Professeur Hassan El Kabli

الأستاذ حسن القبلي

Professeur de l'enseignement
Supérieur
Médecine Interne



أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le 18/12/19 في الدار البيضاء ،

Mme Mouhine Amina

78,00

PPV 580H00
EXP 09/2022
LOT 93018 2

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

1) Di indo 50

99,00

LOT 181763
EXP 08/2021
PPV 99.00DH

14x2/1' x 20j

2) dds 14/1' x 1mm

157,00

Professeur Hassan El Kabli
Professeur de l'enseignement
Supérieur
Médecine Interne



Casablanca, le 06/01/2020

FACTURE :00120/2020

Nom & Prénom : **MOUHCINE AMINA**

Examen(s)	
RADIOGRAPHIE DES 2 GENOUX F/P ECHOGRAPHIE DU CREUX POPLITE	
Montant TOTAL	700 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SEPT CENTS (700 DH)

CASA RADIOLOGIE
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 27 / 05 22 27 44 27 / 06 61 67 46 12
Dr. BENHADDOU / BENYACHOU



Casablanca le 06/01/2020

Médecin Traitant : **PR H. EL KABLI**

Nom du patient : **MME MOUHCINE AMINA**

ECHOGRAPHIE DU GENOU GAUCHE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Suspicion de kyste poplité.

RESULTATS :

Examen réalisé avec une sonde superficielle.

Le creux poplité est libre sans aspect de kyste poplité.

Les vaisseaux poplités sont en place.

Pas d'épanchement articulaire.

Les tendons quadricipital et rotulien sont d'épaisseur normale.

Le tendon collatéral médial et celui latéral sont d'épaisseur normale.

CONCLUSION:

Pas d'aspect de kyste poplité ou d'épanchement articulaire du genou.

RADIOGRAPHIE DES GENOUX F/P

Pincement articulaire fémoro-tibial des compartiments surtout interne avec ébauche d'ostéophytose.

Pas de lésion osseuse décelable.

Pas de calcification chondroméniscale.

Pas d'ostéochondrome.

Bien confraternellement à vous.
DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72