

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## taire :

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.

## adie 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- 0042968

39842

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 682 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : LASKY HASSID

Date de naissance : 13-11-43

Adresse : 3 Rue BENJELLOUN F-57000 Nancy n°13

HAYESSALAH. (AY HASID) CASA

Tél. : 05 72 01 49 01 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

**Dr. BENJELLOUN M.KAMAL**

Diplômé en Médecine et Chirurgie de Bordeaux

Diplômé en Médecine à l'Université de Rennes

Diplômé en Radiologie Générale de Montpellier

Résidence El Mousaoui N° 12 El Moudawine Casablanca

Télé: 05 22 36 78 77 GSM: 06 6 32 74 20

Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : LASKY HASSID Age : 77 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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 : CRS Le : 14/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : HASSID

**ACQUET**

# 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
3/08/2012	3-1510		250,00	DR. BEMAL YOUN M. KAMAL Dentiste et Radiologue et Nutrition de Bordeaux Chambre de Médecine de Montpellier 12 Bd Gambetta Casablanca 05 22 36 78 77 05 22 36 61 32 74 20

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOURCE Dr EL MOUNAÏD HOUA 6-7 Rue de la République CP 10000 Casablanca Tél: 05 22 36 29 91 05 22 36 69	31/08/2012	4525,50 DH

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																					
DEBUT D'EXECUTION																					
FIN D'EXECUTION																					
COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
G																					
B																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
G																					
B																					
[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

**DR. BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL**  
Omnipraticien

## Diplômé en Diabétologie et Nutrition de l'Université de Bordeaux

## Membre de la Société Francophone de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômé en Médecine de Sport  
de la Faculté de Médecine de Rennes

## Electrocardiogramme

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi

Cabinet : 05 22 36 78 77 - Casablanca

Urgence : 06 61 32 74 20

الدكتور بن جلون المصطفى كمال  
طبيب عام

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية  
من كلية الطب ببوردو

## عضو في الجمعية الفرنسية لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمونبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي  
من كلية الطب ببرين

## تخطيط القلب

اقامة المنصور رقم 12 - شارع غاندي

٥٣٦ - ٧٧٨ ٣٦ ٢٢ ٥٥ - الـدارـالـسـعـاءـ

06 61 32 74 20 : تلفون

CASABLANCA, LE 31-8-30 الدار البيضاء، في

Lawley Dennis J 246-007-152, male

1049 ♂ Locality: 11 miles, off W. Ind.

395 b shagrid  $\times 100$ : 1. 0. 1 x purple

so 4 = Worthy 2010 <sup>13.4~~14.6~~</sup> 1st Martin x family

3130x6 295m avant petit  
cul de sac

~~Dr. B. S. - BURGOS: O. B. I. X benzoyl  
Dr. BURGOS: O. B. I. X benzoyl  
Dr. BURGOS: O. B. I. X benzoyl  
Dr. BURGOS: O. B. I. X benzoyl~~

344.6 ~~verso 20~~ 2019-05-09  
MR. BENELLOUN M. KAMAL  
Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

49.6 D CURE 100.000  
Diplômé en Médecine et Sport de Rennes  
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghazi - Casablanca

Gsm: 06 61 32 74 20

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b6 s  
P.P.V : 744,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V: 152.50 DH

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1-  
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 1000U/ML SOL INJ  
P.P.V. : 152DH50

1118001 081615

5 118001 081608

6 118001 08160

153,30

153.3

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 12.10 DU

6

118  
Levo  
ompri

153,30

LOT 192816  
EXP 01/2023  
PPV 36,20  
6/20

LOT  
EXP  
PPV

201092  
05 2024  
31/30 31 30

LOT 1  
EXP 05/21  
PPV 107.60

OT 200220  
X 20  
P 107160

LOT 200858  
EXP 03/2023  
PPV 36.20

LOT 200439  
EXP 02/2023  
PPV 107.60

LOT 191340  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

LOT 191340  
EXP 04/2022  
PPV 52.80DH

LOT: 200713  
PER: 01~2023  
PPV: 140,000

LOT 191338  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

LOT  
EXP  
PPY

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E06  
EXP: 05/2023

PPV: 193DH10

A small, thin, dark blue and black striped pen or pencil, positioned horizontally above a green arrow pointing upwards.

PPV: 193DH10

15330

1533