

# 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.

## 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.



43335  
CA

**Déclaration de Maladie :** N° S19-0001715

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08228 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JENNATE Malika Date de naissance : 12.06.49

Adresse :

Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 485,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2020

Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> JENNATE Malika Age: 71

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

Nature de la maladie : DT2 + Hypertension

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 : CASA Le : 07/10/2020

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
07/10/20	C al	/	200,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/20	

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

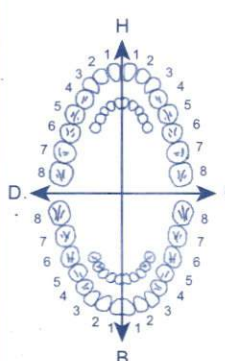
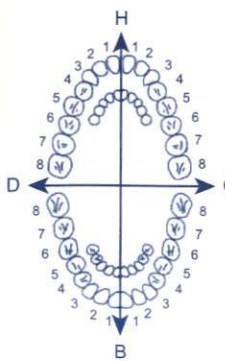
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



# Docteur Lahlou A. Mekki

Diplômé de Diabétologie

Diplômé de Diététique et Nutrition

Certificat de médecine micro-nutritionnelle  
fonctionnelle

Médecin hypnothérapeute

Médecin Expert Assermeté

Membre du Collège National  
des médecins nutritionnistes

Membre fondateur et Président  
du collège des hypnothérapeutes du Maroc

**AMRANI M'Hamed**  
**Pharmacie SAAD**  
44, Bis Bd. Abderrahim Bouabid  
(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA  
Tél : 05.22.25.34.85

الدكتور لحلو أمين مكي  
شهادة جامعية في الأمراض السكرية  
شهادة جامعية في طب الحمية  
وال تغذية  
شهادة في علم التغذية الدقيقة الوظيفية  
طبيب معالج بالتنويم المغناطيسي

Casablanca le 07/10/2020

**AMRANI M'hamed**  
**Pharmacie SAAD**  
44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid  
(Ex. Jerrada) - Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 25 34 85 - INPE: 09205128

M<sup>me</sup> JENNATE Holike

1/ Echinophos 500

0 - 1 - 1 Apr

2/ Lerothyrox

137,5 mg 1g (1g de 100 + 1er)

3/ Calcifix D3

1g de Noto Apr

4/ Bioyonic 500

1g 1g x 078

5/ Delupiane 1000

1g x 21g pdt = 1kg

Fondler me Sol (u=2)

1 Apr x 21g

PPV: 14DH00  
PER: 11/22  
LOT: I2650

PPV: 14DH00  
PER: 11/22  
LOT: I2589

PPV: 14DH00  
PER: 03/23  
LOT: J867

LOT: M02P5  
PER: 09/2021  
PPV: 07.00DH

AMM N° 214 DAT/PH

P.P.V. : 15,50 DH

AMM N° 214 DAT/PH

P.P.V. : 14,20 DH

أنوال إقامة نسيم، محطة الطرام 2 مارس - الدار البيضاء: 20360 - الهاتف: 0522 86 11 22

30, Bd. Anoual, Résidence Nasima, Station Tram 2 Mars - Casablanca 20360 - Tél.

N°INP : 091089359 - ICE : 001734920000012 - www.effimince-maroc.com - www.hypno



V.C.

42,20

42,20

42,20