

# 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 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- 054398

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ 44165 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1055 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAHLA BENAISSA  
Date de naissance : 1-1-1947  
Adresse : Résidence el FASR IM Ezzehou n°1  
Jardin Benroussi Casa  
Tél : 06 44 95 84 55 Total des frais engagés : 145 790 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cancer  
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 : Le : 15 / 10 / 2020  
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
10-9 OCT 2020		2	25	Dr. Rachid INCHAL Spécialiste des Maladies Respiratoires N° 08 94 - 0522 20 47 40

10 9 OCT 2020

**Dr. Rachid NOUA**  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
1 - Rue Ain El  
0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE FEDDAN EL KHEIR</p> <p>Dr. KOUKAB Dounia</p> <p>Km. 13 Route de Rabat</p> <p>Sidi Bernoussi</p> <p>Tél.: 05 22 73 52 60</p>	<p>09/10/2023</p>	<p>12 571,80</p>

**ARMACIE FEDDAN EL**  
**Dr. KOUKAB Dounia**  
Km. 13 Route de Rabat  
Sidi Bernoussi  
Tél.: 05 22 73 52 60

09/10/22

Montant de la Facture  
Dr. KOUKAR Dounia  
N° 1330 De de Rabat  
800 Beloussi  
Tel.: 05 22 73 52 60

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

Désignation des Coefficients
------------------------------

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

Nombre		
P C	I M	I V

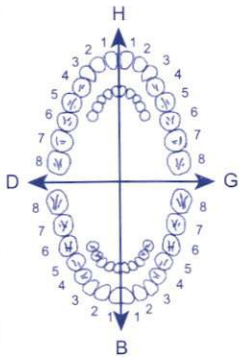
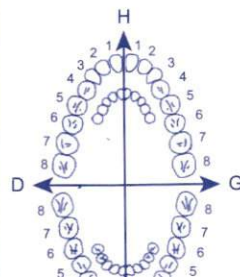
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

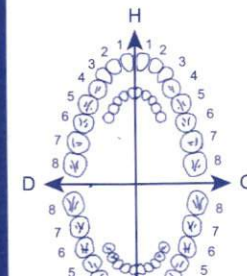
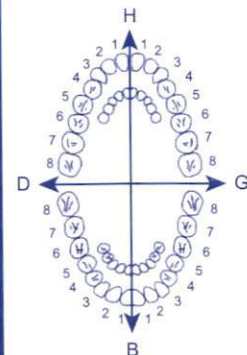
### Important :

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													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
B														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>										

Important :

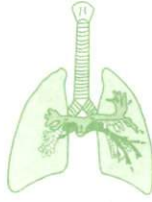
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

[illegible]

## DR. RACHID INCHAOUH

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies  
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيقة - السل - الحساسية

Mr MAHLA Benissa

Casablanca, le : .....

09.10.2020

185,00 x 2  
1 SAFLU 250 µG



Inhaler 1 bouffée le matin et le soir, pendant 3 mois.

489,00  
2 SEEBRI BREEZHALER 50UG



Prendre 1 gélule par jour, pendant 3 mois.

45,30  
3 VENTOLINE 100 MG



Inhaler 2 bouffées le matin et le soir, pendant 10 jours. ET EN CAS DE BESOIN

19,80 x 2  
4 BISOLVOMYCMYCINE 16CP



Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir.

88,00 x 3  
5 CURTEC 10 MG



Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

Dr Rachid INCHAOUH

Dr. Rachid INCHAOUH  
Spécialiste des Maladies  
Respiratoires  
13 Rue Ain Taoujtate - Casablanca  
Tél.: 0522 43 08 94 - 0522 20 47 40

13, زنفة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول ( قرب مصحة بدر ) الدار البيضاء

13, Rue Ain Taoujtate - Résidence Iliass 1er. Etage ( en Face Clinique BADR ) Casablanca

الهاتف : 0522 480 894 / 0522 204 740



6 118001 031443  
SEEBRI®  
BREEZHALER® 50 µg  
Poudre pour inhalation en  
gélule Boîte de 30 Gélule  
PPV : 489 DH

EXP  
LOT  
MFD

10 2021  
BRA40  
11 19

LOT: GB00748  
PER: 04/2023  
PPV: 185 DH 00

SAFLU<sup>250</sup> microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses  
6 118001 101290

LOT: GB00748  
PER: 04/2023  
PPV: 185 DH 00

SAFLU<sup>250</sup> microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses  
6 118001 101290

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aoudia  
Région de Rabat

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

N 2 D  
03 2022

19,80

PPV 19 DH 80  
PER 02/25  
LOT J545

Bisolvomycine®  
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés  
6 118000 040880

19,80

PPV 19 DH 80  
PER 02/25  
LOT J545

Bisolvomycine®  
Tétracycline 250 mg  
Bromhexine 4 mg  
16 comprimés dragéifiés  
6 118000 040880

PPV: 88DH00  
PER: 02/23  
LOT: J523-2

Curtec® 10 mg  
Cétirizine  
30 comprimés sécables  
6 118000 041870

PPV: 88DH00  
PER: 05/23  
LOT: J1299

Curtec® 10 mg  
Cétirizine  
30 comprimés sécables  
6 118000 041870

PPV: 88DH00  
PER: 05/23  
LOT: J1299

Curtec® 10 mg  
Cétirizine  
30 comprimés sécables  
6 118000 041870