

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ducation :

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

N° P19- 0039485

ND: 44368

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10090 Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAID SIFAT

Date de naissance : 04/12/1958

Adresse : Lot el Mouroud Ng Sidi Maarouf ex

Tél : 0667749481 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type II

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

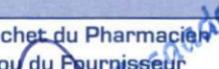
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 13/08/2020

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
13/08/2020	Consultation	1	200,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/8/25	1844,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/08/20	B 100	130,00 DA

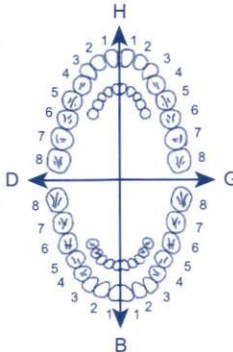
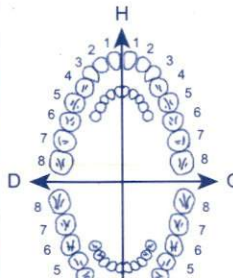
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

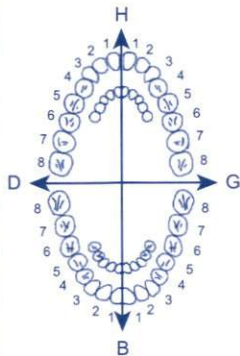
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>						
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>					
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>				
							FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>						
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> D <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>						
					DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>					

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	00000000 35533411	00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

الدكتورة صبرين الشتيوي

خريجة كلية الطب

دبلوم جامعي في علاج داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الصحية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية

دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهيموباثي

كلية الطب باريس XIII

242600060-02
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie
Université de Médecine Paris XIII

Casablanca le :

13/08/2020

Manon Nima

Pharmacie Hay Essaad
BAZWI Amal
Essaad I N° 262 - S. Maârouf
Tél.: (02) 97.22.70
Fax : (02) 97.25.63

78,70 x 2

- Diolicon 60g

28,00 x 4 2g de Nabilin à jeun ptt 2 fois

- Glycophage

744,00 x 2 1g ANid
1g le soir ptt 2 fois

- Lantus

2 fois le matin à jeun

Lantus® Solos
100 Unités/ml
solution injectable en stylo pré
insuline glargine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

Lantus® Sol
100 Unités/ml
solution injectable en stylo p
insuline glargine

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

Pharmacie Hay Essaada
BAZWI / Anal
Essaada I N° 262 - S. Madiou
Tél.: (02) 97.22.70
Fax: (02) 97.23.63

Pharmacie Hay Essaada
Essaada I N° 262 - S. Madiou
Tél.: (02) 97.22.70
Fax: (02) 97.23.63
Demande

87130

Endenne (enulsion)
pour enfants

Dangix aene

pour utilisation vaginale

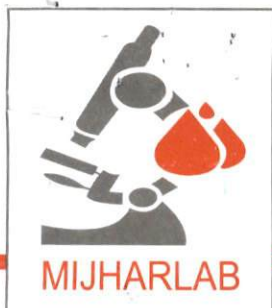
Pharmacie Hay Essaada
BAZWI / Anal
Essaada I N° 262 - S. Madiou
Tél.: (02) 97.22.70
Fax: (02) 97.23.63

1844170

Pharmacie Hay E
BAZWI / Anal
Essaada I N° 262 - S. Madiou
Tél.: (02) 97.22.70
Fax: (02) 97.23.63

87130
191498
EXP 10/2022
PPV 28.00DH
g

2800
2800
2800
LOT 191498
EXP 10/2022
PPV 28.00DH



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Prélèvement du : 11-08-2020

Identifiant : 1901242030

Edition : 12-08-2020

Patient : Mme MANOUN Mina

Référence : 2008112065

Prescripteur : Dr CHTIOUI SABRINE

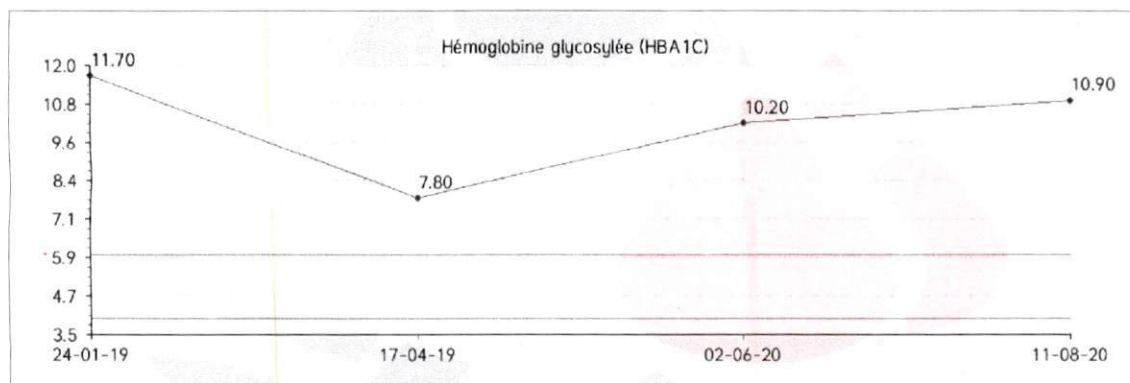
BIOCHIMIE SANGUINE

**Hémoglobine glycosylée
(HBA1C)**
(HPLC TOSOH-GX)

10.9 %

02-06-2020

10.2



Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4 à 6 %

Sujet diabétique équilibré : Objectif ciblé autour de 6.5 %

Diabète mal équilibré : Taux supérieur à 8%

Demande validée par : Dr Koutair Samira

Laboratoire d'Analyses Médicales
MIJHARLAB
Centre Commercial Soufiane Lot Chaima
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 35 56 - Fax : 05 22 58 18 05

Page 1/1

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 05 22 58 35 56 - Fax : 05 22 58 18 05 - E-mail : mijharlab@yahoo.fr

IF : 15252767 - TP : 36167325 - CNSS : 43023445 - ICE : 000114256000076

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MIJHARLAB

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI,
Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 0522583556 – Fax : 0522581805

IF: 15252767 – TP: 36167325 – CNSS: 43023445 – ICE: 000114256000076 – INPE: 093061760

FACTURE N° : 200003864

Casablanca le 11-08-2020

Mme Mina MANOUN

Demande N° 2008112065

Date de l'examen : 11-08-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 100


TOTAL DOSSIER : 130.00 DH

Type de reglement :

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirham s

Dr. Samira EL KADIRI
MIJHARLAB
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr El Kadiri Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél: 05 22 58 35 56 - 05 22 58 18 05

Laboratoire MIJHARLAB
Centre commercial Soufiane Lot Chaima, Bd Abou bakr ELKADIRI
Tél : 0522583556 - Fax : 0522581805

<i>Reçu</i>	
Mme Mina MANOUN Né(e) le : 07-11-1967 Saisie par : SS/ 11-08-2020 11:26 Analyses : HbA1C RETRAIT LE : 12-08-2020	N° Dossier : 2008112065  <div style="text-align: center;">Payé : 0 DH Reste : 100 DH</div> <div style="text-align: right;"><i>Payé</i></div>
Prescripteur : Dr SABRINE CHTIOUI E-Mail : - Tel : - Fax :	Prélevé par : Promesse :