

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.

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.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

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 :

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-0039089

45874

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2512

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUMHAMDI Ahmed

Date de naissance : 03/03/1952

Adresse :

Tél : 066255531

Total des frais engagés : 1161,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 03/11/20

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
03-08-2020		CS + B. 10	5000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

03/08/2020

861,20-

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

AM

PC

IM

IV

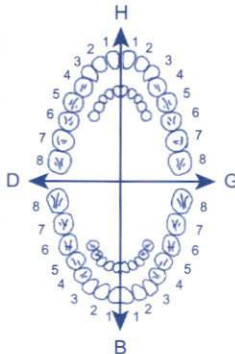
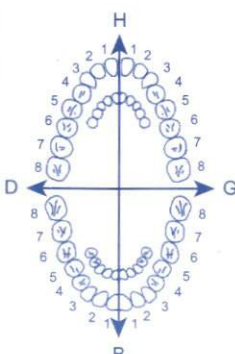
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

☒ **valable 3 mois**

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Dr. A. DAKHOUD Cardiologue Interventionnel Casablanca GSM.: 0666 54 35 06
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Présente	
Nécessitant un traitement d'une durée de :	Traitement à Longue Durée
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Dr. Abdessamad Dahreddine

Spécialiste des Maladies du Cœur
et des Vaisseaux

Diplômé en Cardiologie Interventionnelle
à l'Université Paris XII

Ancien chef d'Unité de Cathétérisme
Cardiaque à l'Hôpital Avicenne de Rabat



الدكتور عبد الصمد ظهر الدين

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين

حائز على دبلوم قسطرة القلب

و الشرايين بجامعة باريس

رئيس سابق لقسم قسطرة القلب و الشرايين

بمستشفى ابن سينا بالرباط

03.08.2020

Casablanca, le

Mr BOUMHAMDI Ahmed

1 DETENSIEL 10 mg cp pellic séc : Plq/30

1 comprimé le matin, pendant 3 mois.

2 LD-NOR 10MG

1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois.

3 ASKARDIL 160MGCP DISPERSIBLE

1 Comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

4 SULIAT 5MG /80MG CP

1 comprimé le matin, pendant 1 mois.

PHARMACIE ANISSA
312 Lot Zoubir
Casablanca
Tél: 05 22 89 34 94

رواق عبد المومن 202، شارع عبد المومن، رقم 32 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 04 63 - 06 88 16 06 51 - الفاكس : 05 22 25 64 55 - المستعجلات : 06 66 54 35 06

Galerie Abdelmoumen 202, Bd. Abdelmoumen, (Entre sol N° 32) - Casablanca - Tél.: 05 22 86 04 63

P : 06 88 16 06 51 - Fax : 05 22 25 64 55 - Urgence : 06 66 54 35 06 - E-mail : dahreddineabdessamad@gmail.com

6 118000 072379

28 comprimés pelliculés

SULIAT® 80 mg / 5 mg

عن طريق الفم

28

80 ملغ
5 ملغ

سولييات®

فلوريان / ملودمين

LOT 197087

EXP 06/12

PPV 15-10H80

افريق-فار

Lot n° :
EXP :
PPV :

6
28 comprimés pelliculés
SULIAT® 80 mg / 5 mg
عن طريق الفم
28
80 ملغ
5 ملغ
سوليأت
فلانزولان / امبودين
أفريك-فار
AFRIC-PHAR

BOUTEILLE DE 40 CAPSULES : 572 mg/capsule
POIDS NET : 22,9 g
FABRIQUANT : Phyto Laboratoire, 11 Rue de Montbazan, 37260 Monts-France
DISTRIBUTEUR : Botanic Pharma S.A.R.L., Lotissement ZAHRE II, Lot n°
Sidi Bou Saïf, Casablanca, Maroc
Autorisation Ministère de la santé n° : DA 20191405252DM/P/20UC/AMV2

PPC : 119 DH

6 111261 750017

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80
EXP 01/2022
LOT 90012 1

ASKAPOL® 180 mg 
 30 comprimés oblongs blancs

 6 180009 033196

CASALUNA - MAROC
 21 rue des Oudayas
 DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
 LABORATOIRES
 "ALPHAMAT" S.A.
 21
 ALPHAMAT
 21
 AMM N° : 2150DM/21
 30 x 180 mg

Conserver à une température
 n'excédant pas 30° C à l'abri de
 l'humidité

9

ASKARDIL[®] 100 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH8D
EXP 10/2021
LOT 98016 4

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dissolvables

6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dissolvables

CASALANCA MAROC
21 RUE DES COURVA
D'AMBOISE DU NORD
LABORATOIRES
DE PHARMACIE INDUSTRIELLE

30
160 mg

اسكارتيل

30 comprimés dissolvables

LOT 98D16 3
EXP 10/2021
PPV 23DH80

5

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pellicules sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

30 comprimés pelliculés sécables
DEPENSEL® 10 mg
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

6 118001 10101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharm.

Dr DAHREDDINE A.

ECG

Nom :

Sex :

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0001284

Case No. :

Lit No. :

Date : 03/08/2020 16:37:30



00:00

IIR 50Hz/DFT

25mm/s 10.00mm/mV

Fréquence:

1000Hz

PR Interval:

--

Temps d'écha

8s

QT Interval:

--

FC:

53bpm

QTc Interval:

--

P Interval:

--

P Axis:

--

QRS Interval:

--

QRS Axis:

--

T Interval:

--

T Axis:

--

Prompt:

Signature Medecin :