

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

armacie :

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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

aladie 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- 067237

Optique *46376* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1418* Société : *R A M*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *GHAMMARTE MOHAMMADI*

Date de naissance : *28/12/1951*

Adresse : *Lot GYNHER Rue 5 N° 5 OASIS*

CASA BLANCA

Tél. : *0661419168* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *04/07/2020*

Nom et prénom du malade : *EL HASNAoui Leila* Age : *60*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Entame clavic*

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 : *Casablanca*

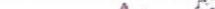
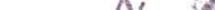
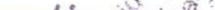
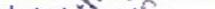
Signature de l'adhérent(e) : *Leila*

Le : *10/07/2020*

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
10/07/2014	ca		27000	MAHRAZ Chirurgie de la main

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
                                                                                           <br		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
10/07/2008 Dr. MAHRAZ Chirurgie des Os et Tissus Assasites	10/07/2008	Rx chlfk p	200,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de



عيادة أمراض و جراحة العظام والمفاصل

Cabinet de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

الدكتور علي محرز

Tel/ fax 0537402644 GSM 0673029259

Le : 10/07/2020

Mme EL HASNAOUI LEILA

Rx cheville gauche F/P

Résultat :

- Absence de lésion osseuse d'origine traumatique.
- Respect des corticales osseuses.
- epine calcaneene
- Respect des interlignes articulaires explorés.
- leger epaississement des parties molles.

Dr. MAHRAZ ALI
Orthopédie et Traumatologie
Av. Moulay Ali Cherif Immeuble 209
Appartement 6
Tél: 0537402644
GSM: 0673029259

Avenue Moulay Ali Cherif immeuble 209 appartement n 6 Massira 1 Temara

شارع مولاي علي الشريف عمارة 209 شقة رقم 6 (قبالة الملحقة الادارية الثالثة) المسيرة 1 تمارة

alimahraz@gmail.com



عيادة أمراض و جراحة العظام والمقاييس

Cabinet de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

الدكتور علي محرز

Tel/ fax 0537402644 Gsm 0673029259



Le :
10/07/2020

Mme EL HASNAOUI LEILA

Note d'honoraire

Désignation	Montant
CONSULTATION + RADIO	450.00
Total Honoraires en	450.00

Dr. MAHRAZ ALI
Chirurgie et Traumatologie
Orthopédique et Chirurgie
Av. Moulay Ali Cherif 21 - TEMARA
App. 6 - Tel: 0537402644 - 0673029259

Avenue Moulay Ali Cherif immeuble 209 appartement n 6 Massira 1 Temara

شارع مولاي علي الشريف عمارة 209 شقة رقم 6 (قبالة الملحقة الادارية الثالثة) المسيرة 1 تمارة

alimahraz@gmail.com



عيادة أمراض و جراحة العظام والمناظل

Cabinet de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

الدكتور علي محرز

Tel/ fax 0537402644 GSM 0673029259



Le : 10/07/2020

550, 88

Mme EL HASNAOUI LEILA

MALLEO DYNASTAB BOA X 21 J

PAIRE DE BEQUILLE

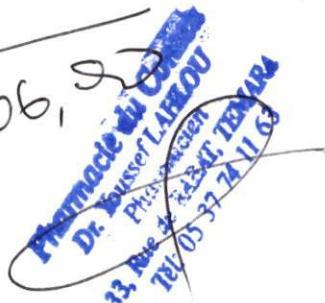
134,00 ARCOXIA 120
1 cp le midi 7 jours

700424941120916-13882

Arcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V : 134,50 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 448/16DMP/21/INTO



22,00 CEDOL 400MG/20MG CP; BOITE/20
2cp x 2/j après repas pdt 5j



Avenue Moulay Ali Cherif immeuble 209 appartement n 6 Massira 1 Temara

شارع مولاي علي الشريف عمارة 209 شقة رقم 6 (قبالة الملحقة الادارية الثالثة) المسيرة 1 تمارة

alimahraz@gmail.com

PHARMACIE DU CONSEIL
DR LAHLOU YOUSSEF
TEMARA

Patente N° : 27921381
N° R.C : 67127
Compte : 2121171975890004
CNSS : 112978
Id. fiscale : 16568956
ICE : 001894585000028

Tél : 0537741163

Témara : le 10/07/2020

FACTURE N° 01690/2020

Client : Mme EL HASNAOUI LEILA

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant (dhs)
1	Malleo dynastab boa	550.00	550.00

Total. HT	Total .TVA	Total .TTC
458.33	91.67	550.00

Arrêtée la présente de facture à la somme de : CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS TTC.

Pharmacie du Conseil
Dr. Youssef LAHLOU
Pharmacien
33, Rue de RABAT, TEMARA
Tél: 05 37 74 11 63

el hasnaoui laila

10/07/2020

Cabinet de Traumato - Orthopédie- Dr ALI MAHRAZ - TEMARA -

