

# 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.

## **ique :**

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.

## **ladie 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.

W9362

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0023787**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 2929 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJIB MED Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 23 7318 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. Hamza Bachir**  
**Medecine Générale**  
**20, Boulevard Hassan II - Berrechid**  
**Tél.: 05 22 32 53 53**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent[e] : .....

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

A red rectangular stamp with the following text:

**Dr. Hamza Bachir**  
**Médecin Général**  
attestant le paiement des Actes  
20.05.2013

**Dr. Hamza Bachir**  
Médecine Générale  
20 Boulevard Hassan II - Berrechid  
Tél.: 05 22 32 53 53

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hoporiaires	Carte et signature du Médecin attestante de l'attribution des Actes
06/10/2020 07/10/2020	C		150,00 Fiche	20, Boulevard Hassan II - Béira Tél.: 05 22 32 53 53
				<b>Dr. Hamza Bachir</b> <b>Médecine Générale</b> 20, Boulevard Hassan II - Béira Tél.: 05 22 32 53 53

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES COINCS

DATE DUE  
REVIE

**Dr HAMZA Bachir**

Médecine Générale

Diplômé en Diabétologie  
 Diplômé en Diététique Médicale  
 Diplômé en Médecine du Sport  
 Diplômé en Médecine du Travail  
 Diplômé en Expertise Médicale  
 Expert auprès des Tribunaux



الدكتور هامزة الشير

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري  
 دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية  
 دبلوم جامعي في الطب الباطني  
 دبلوم جامعي في طب الشغل  
 شهادة جامعية في الخبرة الطبية  
 شهادة طبي محلف لدى المحاكم  
 شير طبي محلف لدى المحاكم

## ORDONNANCE

Berrechid le : 07 / 11 / 2020 برشيد في

Nom & Prénom : New DORRACHT Chider

79,70 x 3  
 4 x 63,00  
 2 x 15,30  
 58,40  
 79,50  
 48,40  
 27,70

(03 mg) (A.S)  
 (02 mg) (A.S)

79,70 x 3 = 239,10  
 4 x 63,00 = 252,00  
 2 x 15,30 = 30,60  
 58,40 = 58,40  
 79,50 = 79,50  
 48,40 = 48,40  
 27,70 = 27,70

239,10 + 252,00 + 30,60 + 58,40 + 79,50 + 48,40 + 27,70 = 748,70

Visite de contrôle le :

**Dr. Hamza Bachir**  
Médecine Générale

Siglé : Dr HAMZA Bachir

20, Boulevard Hassan II - Berrechid

Tél. / Fax : +212(0)522 325 353 • GSM : +212(0)621 232 174 • 06522 33 64 01  
 E-mail : b.hamza55@gmail.com

20, Bd HASSAN II, Tissir 1, Berrechid • شارع الحسن الثاني، التسيير 1، برشيد • 05 32 55 353  
 135 Rue Alia Abd El Madi  
 ALAFAD - BERRECHID -



**Madame DEBBAGH EP NAJIB CHADIA**  
Demande n° **06/11/20-1-0124**

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 06/11/20 11H14

Demande n° **06/11/20-1-0124** - -  
Edité le : samedi 7 novembre 2020

Date et heure de prélèvement : 06/11/20 11H23

Date de naissance : 03/10/1962

Hors tiers payant -

## VIROLOGIE

Valeurs de référence

Antériorités

### **Détection du SARS-CoV-2 (COVID-19) par PCR en temps Réel** **Real-time PCR SARS-CoV-2(COVID-19)**

Nature prélèvement (Specimen) : Rhinopharyngé (nasopharyngeal swab)

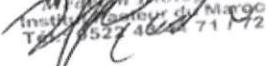
Résultat (Result) :

**SARS-CoV-2 POSITIF**  
**SARS-CoV-2 POSITIVE**

Réactifs (Reagents) : GenFinder™ COVID-19 Plus RealAMP Kit (CE-IVD)

Validé le 07/11/20

د. عبد الرحيم بلطف  
Dr. Abderrahmane BELTAF  
Médical Biologiste  
Institut Pasteur du Maroc  
Tél: +212 522 434 471 / 72




**Dr HAMZA Bachir**

Médecine Générale

Diplômé en Diabétologie  
 Diplômé en Diététique Médicale  
 Diplômé en Médecine du Sport  
 Diplômé en Médecine du Travail  
 Diplômé en Expertise Médicale  
 Expert auprès des Tribunaux



الدكتور هامزة البشير

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية

دبلوم جامعي في الطب الباطني

دبلوم جامعي في طب الشغل

شهادة جامعية في الخبرة الطبية

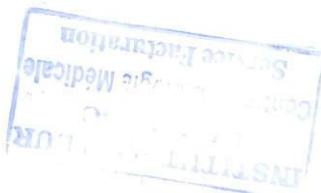
خبير طبي محلّف لدى المحاكم

## ORDONNANCE

Berrechid le : 05/11/2020 برشيد في :

Nom & Prénom : Name Dr BACHIR El HASSAN

TSH RT PCR Covid 19



**Dr. Hamza Bachir**  
**Médecine Générale**  
 20, Boulevard Hassan II, Berrechid  
 Tél.: 05 22 32 53 53

Visite de contrôle le : .....

20, شارع الحسن الثاني، التسيير 1، برشيد • 20، شارع الحسن الثاني، التسيير 1، برشيد •

المحمول : GSM : +212(0)661 232 174 • GSM : +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس :

E-mail : b.hamza55@gmail.com البريد الإلكتروني :



Madame DEBBAGH EP NAJIB CHAPIA Réf: 06/11/20-1-0124

CIN: Né(e) le : 03/10/1962 soit: 58 A Tél: 0667034401 ville: CASABLANCA

MAT.

Médecin : Tél. :

Date et heure de passage : 06/11/20-11h14

### Liste des Examens/Prescription

PCR COV1 TIMB 2DH

Total dossier r : 502.00  
Part Client : 502.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00

## PATIENT

L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité ([chs@pasteur.ma](mailto:chs@pasteur.ma)) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi 09-08.

INPE :   
ICE : 001594848000023