

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **diologie 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.

## **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 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- 060087

50750

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4892 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNAÏI DOUBLI M J

Date de naissance : 11-04-1957

Adresse : RIYAD JAOUHAR II N° 18 TARGA  
TAZRAKCH

Tél. 06 61 58 25 10 Total des frais engagés : 35000 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/12/2020

Nom et prénom du malade : BENNAÏI DOUBLI M J. Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : C.P.T par cataracte

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

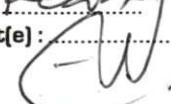
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
20/10/20	C.S		300.00	Dr. ELYA Anesthésiste Clinique Le Marrakech Tel: 05 24 39 65 00
	Factimique		10.00	CLINIQUE LE MARRAKECH DAMES SARL Arga Zouagia Menara - Marrakech - RC: 84531 Tel: 05 24 39 65 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

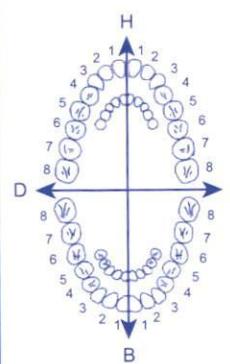
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

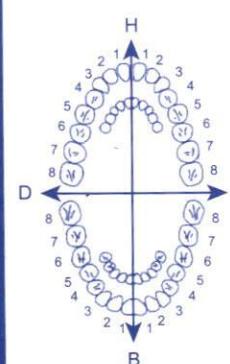


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CLINIQUE LE MARRAKECH****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 20/10/2020

Entrée : 20/10/2020  
Sortie : 20/10/2020

DR EL YOUSSEOUFI  
Présent (e) BENNANI DOUBLI MOHAMED JAMAL  
Sa note d'honoraires s'élève à la somme de  
200.00 DH  
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ses sentiments  
respectueux.

Dr. EL YOUSSEOUFI  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique Le Marrakech  
Marrakech - Tél. : 05 24 39 65 65

**Cachet et signature**

CLINIQUE LE MARRAKECH  
D.A.M.E.S SARL  
Targa, Zdagna Menara - Marrakech - RC : 84531  
Tél : 05 24 39 65 65 - Fax : 05 24 39 65 00

# CLINIQUE LE MARRAKECH

D.A.M.E.S. S.A.R.L  
TARGA ZDAGHIA MENARA  
TEL :05.24.39.65.65 - 05.24.39.65.00

## F A C T U R E

N° : **11023 / 2020** du **20/10/2020**

Nom patient **BENNANI DOUBLI MOHAMED JAMAL** Entrée **20/10/2020**  
**PAYANTS** Sortie **20/10/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ECG	1,00		100,00	100,00
<i>Sous-Total</i>				<b>100,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>100,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  CENT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>100,00</b>

101 : 05.24.39.65.65 - Fax : 05.24.39.65.00  
Targa Zdaghia Menara - Marrakech - RC 84531  
CLINIQUE LE MARRAKECH  
D.A.M.E.S. S.A.R.L

10mm/mV 0.67~25Hz AC50

I



II



III



25mm/s

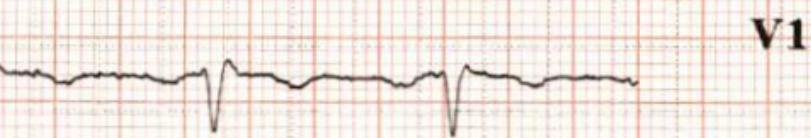
2020-10-20 10:01:33  
aVR

aVL

aVF

V2.47

V1



V3



V4



V5

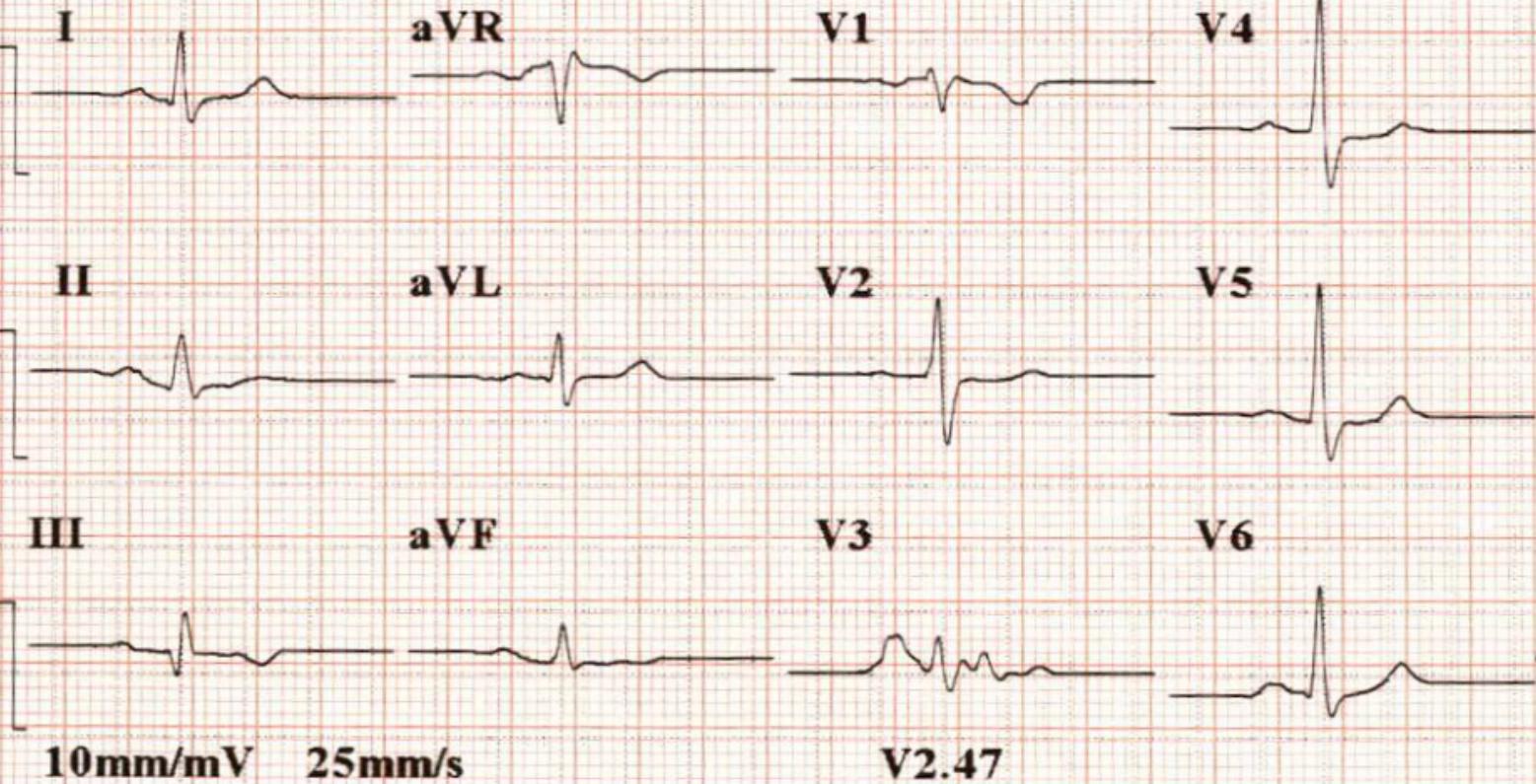
V6

V2



Modèle Moyen:

2020-10-20 10:01:33



ID : 201020-1416  
NOM :  
AGE : 35 A  
SEXE : Male  
BP : mmHg  
HAUT : cm  
POIDS : kg  
HR : 102 bpm  
P Dur : 118 ms  
PR int : 174 ms  
QRS Dur : 116 ms  
QT/QTC int : 349/456 ms  
P/QRS/T axis : 54/47/0 °  
RV5/SV1 amp : 1.076/0.263 mV  
RV5+SV1 amp : 1.339 mV  
RV6/SV2 amp : 0.846/0.536 mV

Code du Minnesota:  
8-1-3  
8-7-3  
7-3-0(I,V1,V6)  
4-5-0(V2)

L'information de diagnostic:  
812: Tachycardie de sinus  
501: Bloc de branche droit in  
843: Complexes atriaux préma

Rapport Confirmé par: