

# 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.

## Rééducation :

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.

## Dentaire :

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- 054558

Maladie  Dentaire  Optique **52287**  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8486** Société : **RAM**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : **ETTIGI MOHAMED**  
 Date de naissance : **01/01/1960**  
 Adresse : **Même adresse**  
 Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : **24/11/2020**  
 Nom et prénom du malade : **Roubaa Nour Sp Tikwi** Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : **Affection système**  
 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) :

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Coefficients
26.11.2020	C		6	 <p>Dr. DEBBARH Med Ali SPECIALISTE EN Higiene Bucal e Endodontica R&amp;S Al Mawarid Centre for Oral Health April Square, Corniche Road, Doha Qatar T: +974 33 94 78</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26.11.2020	Z	1000,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

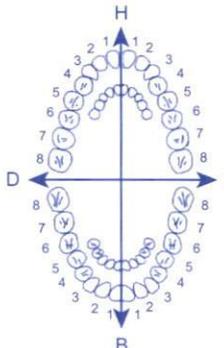
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

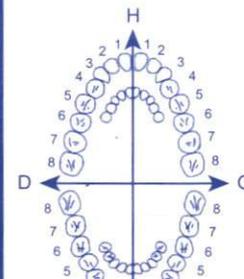
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Dr. Mohammed Ali DEBBARH

SPECIALISTE EN

Hépatogastroentérologie

(Foie - Estomac Intestins - Pancréas - Vésicule)

et Proctologie Médico Chirurgicale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules)

Endoscopie - Echographie

Lauréat de la faculté de Médecine

de Tours (France)

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien Gastro Entérologue de l'Hôpital

Militaire de Laâyoune

الدكتور محمد علي الدباغ

طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

الكبد، المعدة، والأمعاء، البنكرياس و المرارة

أمراض و جراحة المخرج

(البواسير - التفتح - الناسور)

التظهير الباطني - الكشوف بالصدى

خريج كلية الطب بفرنسا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات غرب فرنسا

طبيب اختصاصي سابقا بالمستشفى العسكري

لمدينة العيون

Casablanca, Le: 24 NOV. 2020 .....:الدار البيضاء، في:

Roubae Naima ép. II

TDM abdominale

Dmleur abdominale  
Smr diastasis  
Pernu?

Imagerie Médicale  
RADIOLOGIE HASSANI ANFA  
Toute demande de renseignements  
Tel: 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Cas  
Fax: 05 22 33 37 13  
Ras Al Mouahidine - Imm. Ibn Taoumart II  
Casablanca

Dr. DEBBARH Med Ali  
SPECIALISTE EN Hépatogastroentérologie  
Ras Al Mouahidine - Imm. Ibn Taoumart II  
Casablanca  
Tél: 05 22 33 37 13  
Fax: 05 22 33 37 13

إقامة الموحدين - عمارة ابن تومرت 2 - شقة رقم 1 - الحزام الكبير (فوق القرض العقاري) - الحي المحمدي - الدار البيضاء

Résidence Al Mouahidine - Imm. Ibn taoumart II, Apt. 1 - Grande Ceinture (au dessus C.I.H) - Casa - Tél./Fax : 05 22 35 84 78

Casablanca, le 26/11/2020

IF : 2221555

**Facture N° 3745/11/2020**

**Nom patient : ROUBOA NAIMA**

**Examen(s) réalisé(s) : TDM ABDOMINALE**

**Date Examen(s) : 26/11/2020**

**Montant : 1000.00 DH**

**Montant Produits : 00.00**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :  
MILLE DIRHAMS**



*Dr. O. Alami*

*Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd*

*Dr. N. Faris*

*Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd*

26/11/2020

**PATIENT : Mme. ROUBOA NAIMA**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : TDM ABDOMINALE**

**Cher Docteur,**  
**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

### TDM ABDOMINALE

#### TECHNIQUE

Examen réalisé en mode hélicoïdal avec une collimation de 2mm d'épaisseur, en contraste spontané.

#### RESULTATS

- ❖ Foie de taille normale, de contours réguliers et de densité homogène.
- ❖ Vésicule biliaire de volume normal, à paroi fine, hypodense.
- ❖ Absence d'anomalie des voies biliaires.
- ❖ Reins, rate et pancréas normaux.
  
- ❖ Hypotrophie des muscles de la paroi abdominale, avec un diastasis médian, qui atteint par endroits, 5,5cm de diamètre.
- ❖ Absence de hernie.
  
- ❖ Absence d'adénopathies profondes.
- ❖ Absence d'ascite.

#### AU TOTAL

**Diastasis.**

**Absence de hernie de la ligne médiane, sus ombilicale.**

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
Imm. Communal Route  
Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél.: 05 22 90 10 10 - Fax : 05 22 93 37 13  
**Confraternellement**  
**DR N. FARIS**