

# 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.

## Education :

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- 058646

ND: 52354 SN

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1573 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.16.94.53 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 : .....

Le : 08.12.2020

Signature de l'adhérent(e) : .....



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
<b>DROITE</b>	<b>GAUCHE</b>			
12	21			
13	22			
14	23			
15	24			
16	25			
17	26			
18	27			
48	28			
47	29			
46	30			
45	31			
44	32			
43	33			
42	34			
41	35			
31	36			
32	37			
33	38			

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
<b>DROITE</b>	<b>GAUCHE</b>	H		
12	21	25533412	21433552	
13	22	00000000	00000000	
14	23	00000000	00000000	
15	24	35533411	11433553	
16	25			
17	26			
18	27			
48	28			
47	29			
46	30			
45	31			
44	32			
43	33			
42	34			
41	35			
31	36			
32	37			
33	38			

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-122540	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 11573

Nom & Prénom *Zedraoui Youness*

Fonction *Adjoint au Comptable* Phone *0661169145*

Mail *11573@royalairmaroc.com*

MEDECIN

Prénom du patient

*Zedraoui Karam*

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age *30 ans*

Date *le 19.10.2020*

Nature de la maladie

Date 1ère visite

*plaie de la Salp*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

*accident à domicile*

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

*Voir facture  
58491200* 1033,00

PHARMACIE

Date *19/10/2020*

Montant de la facture

*81,20*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

*INPE, 19/10/2020*

PPV 68DH40

# FLOXAM®

OPHTALMOLOGIE  
MÉDECINE NUCLÉAIRE  
RADIOLOGIE  
ANESTHESIE-REANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE  
& TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE  
& ESTHÉTIQUE  
CHIRURGIE VISCERALE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PEDIATRIE & REANIMATION  
NEONATALE  
CHIRURGIE VASCULAIRE  
PNEUMOLOGIE

Chinalow 2

aff - 256-201

Pharmacie de L'Université  
KABBAJ M'hamed  
Av Prince My Abdellah  
Tel 044 30.83.28 - Marrakech

KARAN

68.4.7

1) Flodden 260 g

스 캐릭터 317 x 2.5

128

21

Delirium  Hypnotic



A type a 31

81.20

Lot Zineb El Masmoudi  
Targa - Marrakech

Tél : +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Fax : +212 (0) 524 397 977

تحذيق ذرني بالعصا (٦٦٩)

تارکة - مراكش

هاتف: +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Faculté de l'Université  
KABBA M'hamed  
Av Prince My Abdellah  
044 30.83.28 - Marrakech

CLINTON & RAHMA  
101, AV. EL MANSOUR  
MARRAKECH  
Tél : 05 24 343 461 / 05 24 497 12  
Fax : 05 24 397 977  
(9)

Medecin généraliste  
Clinique Etablissement  
Centre Kral

E-mail : contact.cliniqueerrahma@gmail.com | www.

PPV 12DH80  
PER 09/22  
LOT 12042

**CLINIQUEERRAHMA**

MARRAKECH

Tél : 05.24.34.34.61

Fax : 05.24.39.79.77

**F A C T U R E**

N° 5 849 / 2020 du 19/10/2020

Nom patient	<b>ZEGZOUTI KARAM</b>	Entrée 19/10/2020	Sortie 19/10/2020
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
K10	1,00		450,00	450,00
MEDECIN URGENTISTE GARDE	1,00		150,00	150,00
		<b>Sous-Total</b>		600,00
PHARMACIE	1,00		433,00	433,00
		<b>Sous-Total</b>		433,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 033,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 033,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>MILLE TREnte-TROIS DIRHAMS</i>		

		Carte Bq	Total encaissé	Solde
Encaissements		1 033,00	1 033,00	0,00

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : ZEGZOUTI KARAM	N° Facture	5 849	20J192107
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
BANDE VELPEAU 10CM	1	25,00	25,00
COLLE BILOGIQUE	1	350,00	350,00
GANTS EXAM ULIFE MED	6	2,00	12,00
GANTS STER N°7.5	1	12,00	12,00
LAME RASOIR	1	10,00	10,00
PIECE DE GAZ	12	2,00	24,00
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>433,00</b>
		<b>Total pharmacie</b>	<b>433,00</b>

CLINIQUE EL-MAHAGA  
TÉL : 05 27 39 37 77  
FAX : 05 27 39 37 77  
CLINIQUE EL-MAHAGA  
TÉL : 05 27 39 37 77  
FAX : 05 27 39 37 77  
CLINIQUE EL-MAHAGA  
TÉL : 05 27 39 37 77  
FAX : 05 27 39 37 77



مصحة الرحمة  
Clinique ERRAHMA

LE 19/10/2020

## NOTE D'HONORAIRE

OPHTALMOLOGIE  
MÉDECINE NUCLÉAIRE  
RADIOLOGIE  
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE & ESTHÉTIQUE  
CHIRURGIE VISCÉRALE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE  
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PÉDIATRIE & RÉANIMATION NEONATALE  
CHIRURGIE VASCULAIRE  
PNEUMOLOGIE

### **DR. MEDECIN URGENTISTE**

*Relative à la facture N° 5849/2020*

***Mme .ZEGZOUTI KARAM***

*Est de 150.00 DH*

*Cent cinquante Dirhams.*

*Signé :*

Dr. Medecin Urgentiste  
Clinique Errahma  
Tél: 0524 343 461 / Fax: 0524 362 111  
Tunisie

Lot Zineb El Masmoudi  
Targa - Marrakech

Tél : +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Fax : +212 (0) 524 397 977

تجزئة زينب، المصمودي  
تاركـة - مراكـش

+212 (0) 524 343 461: الهاتف:

+212 (0) 524 497 111

+212 (0) 524 397 977: الفاكس :

ICE : 001576669000036

PATENTE : 45195131

CNSS : 4814457

IF : 18752001

RC : 73241



مصحة الرحمة

Clinique ERRAHMA

OPHTALMOLOGIE  
MÉDECINE NUCLÉAIRE  
RADIOLOGIE  
ANESTHÉSIE-RÉANIMATION  
CARDIOLOGIE GÉNÉRALE  
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE & TRAUMATOLOGIQUE  
ADULTE ET PÉDIATRIQUE  
NEUROLOGIE  
NEURO-CHIRURGIE  
CHIRURGIE  
MAXILLO-CERVICO-FACIALE  
CHIRURGIE PLASTIQUE & ESTHÉTIQUE  
CHIRURGIE VISCÉRALE  
ENDOCRINOLOGIE  
HÉMATOLOGIE  
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE  
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE  
RHUMATOLOGIE  
OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ONCOLOGIE  
PÉDIATRIE & RÉANIMATION  
NEONATALE  
CHIRURGIE VASCULAIRE  
PNEUMOLOGIE

Lot Zineb El Masmoudi  
Targa - Marrakech

Tél : +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

Fax : +212 (0) 524 397 977

تجزئة زينب المصمودي  
تارك - مراكش

الهاتف: +212 (0) 524 343 461

+212 (0) 524 497 111

+212 (0) 524 397 977

ICP : 001576669000036

PATENTE : 45195131

CNSS : 4814457

IF : 18752001

RC : 73241

# Compte Rendu Médical

Nom : ZEGZOUI Prénom : KARAN

Date d'entrée : 19/10/12 Date sortie : 19/10/12

Diagnostic : K10

plaie du scalp entière

avec tracé de suture

stitches

CAT - sous cocon

- fermeture de plan

par colle histologique

- dehors de felvace

tel 0524 343 461 fax 0524 397 977  
Clinique Errahma  
Targa - Marrakech  
Téléphone : 0524 497 111

**CLINIQUEERRAHMA**

MARRAKECH

Tél : 05.24.34.34.61

MARRAKECH

**Reçu de caisse**

16 61 16.94.53

N° : 2010192206041300 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20J192107	ZEGZOUTI KARAM	19/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	STAN 004317 <i>CLINIQUEERRAHMA LOT ZINEB EL HAMOUDI TARGA MARRAKECH Tél : 05 24 343 461 / 05 24 497 111 Fax : 05 24 397 977</i>	1 033,00
PAYANT	Total payé	1 033,00
MILLE TRENTÉ-TROIS DIRHAMS		

Reçu établi par : ELOMANI



19/10/20 22:06:23  
9900515892  
95158901  
CLINIQUEERRAHMA URGENCE  
Marrakech

A0000000031010  
APP : VISA  
ZEGZOUTI/YOUNES.MR  
xxxxxxxxxxxx4235  
06/23 CARTE NATIONALE  
A54D5A8F182A4E34  
220-0-9999-1-44

MONTANT: 1033,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 002  
NUM AUTORISATION: OK9735  
STAN : 004317

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

-----  
TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT