

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## iologie 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.

## adie 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.



M 7115

54997

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023937

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7115 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : R

Nom & Prénom : SIFENDINE Abdallah Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 4 Tissin II BERRECHID

Tél. 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 752,10 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : Kelloum Salad Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : DNIID

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 : BERRECHID

Le : 01/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

B P

## 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
04/11/2021	CA		150,-	DOCTEUR MOUSSA 0676454549

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr FOUZA RIANI Lot - AL MANDAR AL JAMIL Tél : 05 22 53 32 82	04-01-2021	482,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Abdelhamid BERRACHE Chercheur Pharmacien Biologiste	04.01.2021	BERRECHI AID 120,00 DH	120,00 DH

## 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 de l'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1-8 on top, 1-8 on bottom) arranged in four quadrants. The top-left quadrant is labeled 'H' (mesial), the top-right 'G' (distal), the bottom-left 'D' (distal), and the bottom-right 'B' (mesial). Arrows indicate the direction of the arch.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

**DATE DU  
DEVIS**

M<sup>le</sup> 7115



Le 04.01.2001

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M .....

Khalid Saad

Présente

DNI D a mforL

Nécessitant un traitement d'une durée de:

dicembre 2001

décembre 2002

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit).....

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

Dr Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 00202778400027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الشخص بالصحي

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340



Berrachid, le

04-01-2021

Keroum Smaïd

3x15.00  
Pdr  
3  
m  
6x21  
1) Diamicron 60 NS  
28/g Lemnia  
2) Difalimine 1000 NS  
4x2/  
(x 28)  
2x60/  
Hf2,10 pnd Rx 8 Pdr  
le 1/

41، زفة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

7870

78DH70

7870

78DH70

7870/

78DH70

PPV 21DH00  
PER 10/23  
LOT J2696

LOT : 9186  
UT. AV : 03-22  
P.P.V : 60 DH 00

LOT : 9186  
UT. AV : 03-22  
P.P.V : 60 DH 00

1C = 7115

*Docteur Mouna TAMIM*

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطبيب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 04.01.2024 برشيد، في

Kemoun Saad  
1) HSA C

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
41 RUE TARIQ IBN ZIAD BERRACHID  
06 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

٢٣ = ٧٨١٥

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Télé XMAS

## FACTURE N° : 21000011

**BERRECHID** ..... : 04/01/2021  
**Nom et Prénom** ... : Madame Souad KERROUM  
**Prescripteur** .... : Dr. TAMIM MOUNA

Bilan :

HBAC B100+

**Montant Net** ..... : 120,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de:**  
 Cent vingt Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
 BERRECHID  
 Dr Abdelhamid HAWAZINE  
 Pharmacien Biogiste

INPE: 63186610  
 Dr Abdelhamid HAWAZINE  
 Pharmacien Biogiste



INPE 063060990

Dr. TAMIM MOUNA

Date du prélèvement : 04/01/21

Dossier édité le : 04/01/2021

Code Patient : 68563



Mme KERROUM Souad

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

040121 055

## BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 10,60 %

06/10/20 : 9.10

HPLC(Chromatographie liquide haute pression)sur automate D10 Bio-Rad : Technique de référence.

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6%

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%

7AMS

LABORATOIRE CENTRALERRAZI  
Dr Berrechid  
Dr Abdellah and Hawazne  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990