

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.

Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

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- 068851

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **95244** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1619** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : **ABRAIE MILAUD**

Date de naissance : **1988**

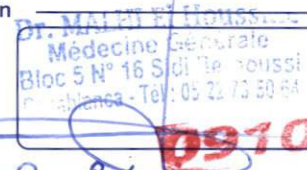
Adresse : **Sidi Bernoussi, Dancer 2 Bloc 53**

N° 21 **Corn Blanca**

Tél. : **0665491643** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/09/21**

Nom et prénom du malade : **ABRAIE MILAUD** Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **H.A. + Brochete**

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
31/07/14	C	-	1097	Dr. MALHI H. HOUSSEINE Médecine Générale Rue 5 N° 16 Sidi Boussouf Tél : 05 22 75 50 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DJISSA Ben Rachid Rue 5 N° 16 Sidi Boussouf Tél : 05 22 75 50 64	31/07/14	1101,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

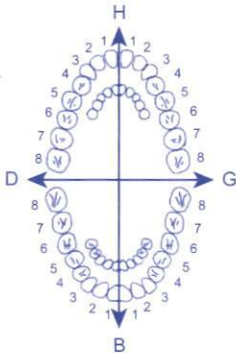
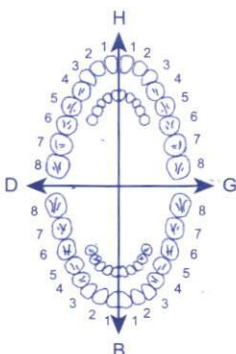
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr MALHI EL Houssine

Médecine Générale

الدكتور ملهي الحسين

الطب العام



Casablanca, le

13/09/21

الدار البيضاء في

ABRAE

M. (M)

COT N 6AAR

N

Zinor y

N

74.80x3

14x2

34.60x3

14x2

ASULIC

N

1701.60

15

Dr. MALHI EL Houssine
Médecine Générale
Bloc 5, N° 16 Sidi Bernoussi
Tél: 05 22 73 50 64

097097139

بلوك 5 رقم 16 جوار المسجد سبي سبي البرنوصي .. الهاتف : 05 22 73 50 64
Bloc 5, N° 16, à coté de la Mosquée - Sidi Bernoussi - Tél.: 05 22 73 50 64



LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60

LOT : 20E026
PER.: 11/2024

LOT N°:

EXP:

PPV:

LOT N°:

EXP:

PPV:

LOT N°:

EXP:

PPV:

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV: 141,20 DH



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV: 141,20 DH



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

PPV: 141,20 DH



LOT: 05C2008

PER: 03/2025

PPV: 74,00

PPV: 74,00

LOT: 05C20017

PER: 12/2023

PPV: 74.80 DH

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60

