

# 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.

## Educateur :

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.

## Chirurgien :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Adresses Mails utiles :



## Déclaration de Maladie

N° P19- 046853

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11724 Société : Ram

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SUEIHA Abdelkader

Date de naissance : 24/09/55

Adresse :

Tél : 0649955585 Total des frais engagés : 638,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr OUIF Mohamed Amine  
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste  
n°2 Im, 34 Rés Addamane  
Bd Algod, Ain Chock-Casablanca  
Tél: 0622 87 33 57/0661 67 14 41

Date de consultation : 17/06/2020

Nom et prénom du malade : CAAYAL NAJAT Age : 572

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

Nature de la maladie : Tumeurs

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 : 22/06/2020

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
17/06/2020	C2		250,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/06/2020 388,90

## 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
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

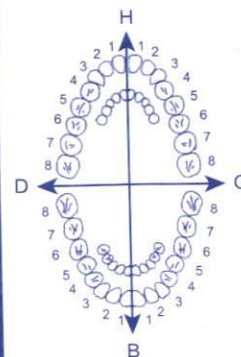
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

### 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

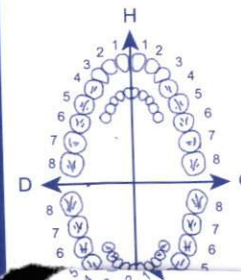
### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



(Création, remonte, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PPV: 61DH50  
PER: 01/23  
LOT: J089



611 800115 013 7  
DIPROSTONE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

0



611 800115 013 7  
DIPROSTONE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

0

Ne pas utiliser  
sans avis du  
thérapeute



**FORT**

PPV 50.60 DH  
LOT P489 PER 01/23

30 comprimés enrobés

Voie orale

Vit B1 Vit B6 Vit B12

ORDONNANCE

Le 17/06/2020

L A A Y A R N A S A T

36,60 x 2

1) Diprostène 1/5 (1/5)

34,00

2) NYDOFLEX 1/5

61,50

3) Mabuc 15 - 2

50,60 1/5

4) pri-a B port

69,60

5) RIACEN gel 1/5

388,90

Batch No./Exp./PPV 94 dhs 00

PHARMACIE CHARM  
N° 600 LOTS HAMRA 2 AV  
AIN CHOCK - CASABLANCA  
TEL: 05 22 50 66 10 / 06 22 21 02 1

Dr. Ouzif Mohamed Amine  
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste  
N°2, Imm. 34 Rés Addamane \*  
Bd Algod, Ain Chock-Casablanca  
Tél: 0522 87 33 57 / 0661 67 14 41

رقم 2، عمارة 34 شارع القدس إقامة الضيافة عين الشقة الدار البيضاء  
N°2, Imm 34 Bd Al Qods, Résidence Addamane, Ain Chock - Casablanca  
Tél: 05 22 87 33 57 / 06 61 67 14 41

البريد الإلكتروني: E-mail: dr.ouzif@gmail.com