

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.



MD : 30478

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0008580

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2634	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KERMAWI Abdellah		Date de naissance :	06.09.57
Adresse : 62 RD MY ISMAIL APP22 HGT R N CASA			
Tél. : 06 89 33 48 80	Total des frais engagés : 2118.20	Dhs	IN. 2020

#### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/03/2020

Nom et prénom du malade : Adnane El Alami / lale fethia Age: 1962

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Insomnie Anxiété

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/06/2020

## **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
05/05	U		300 a	Dr. SABIR HEPATOGENIC 26/04/2014 Oris 03/05/2014 09:54:15 Côte d'Ivoire
25/03				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Tell: 0522-24 05 94 MICHEL J. S. S. LAMHOLZ RUE HABIB AHHMED CASABLANCA CTEY EN PHAR</i>	05/03/2020	448,70

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

## Important

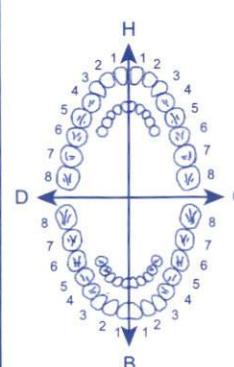
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 58DH50

EXP 11/2022  
LOT 90002 2

PPV 58DH50

EXP 09/2022  
LOT 99003 1

## **HYDROXOCOBALAMINE BASE**

PPV 58DH50

EXP 11/2022  
LOT 90002 2

خريج كلية الطب بتولوز

خريج كلية الطب بتولوز  
طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le

05 3 2020

الدار البيضاء، في .

Pharmacie Michel de l'HU  
Mme BENNIS LAHLOU Mounia,  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
63, Rue Hadj Ahmed Belafrej  
ex de l'Hôpital - Roches Noires  
CASABLANCA  
Tél: 0522 24 05 24 - Fax: 0522 40 73 06

58.50 x 3

Ranuplex do 47 wt

1 fee / item per

~~Hydro SWO~~ ~~SV~~  
11/11/2011

87.00 x 2

$$49,60 \times 2$$

448.70

## Relaxing

~ fee / sum

D Cuse book

✓ And 15

10

PPV: 49.60 DH  
LOT: 19L02/8  
EXP: 12/2022

DR. SABIA  
HEPATO-GASTRO  
261, Avenue C.  
25-0522 23 96

05 22 22 90 64 - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 65 / 66 ، شارع إدريس الحريزى

26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 / 65

Email :mostaphasabir@gmail.com