

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ctions 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.

## **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.

## **tique :**

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.



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 069350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 92190

Société : RAM

39698

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S.AXIR NOHAMED

Date de naissance : 25/05/1960 CASA

Adresse : DERB GHALEF Rue 51 N°10 CRA

Tél. : 0660039208

Total des frais engagés : 365,00 + 89,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHRAIBI Mde. Chaki  
Spécialiste O.R.L.  
Tel: 0522.25.26.19 / 0522.58.17.77

Date de consultation : 09/6/2020

Nom et prénom du malade : SANIR Bouzaini

Age : 20

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : CASA

Le : 09/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
25/6/2020	G-		300.-0	<i>Dr. CHAKIB Spécialiste O.R.L. Tél: 0524 528 16 099 89 47 33</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Médecin ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. CHAKIB Spécialiste O.R.L.</i>	9/6/2020	89,12

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib**

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3ème Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرابي محمد شكري

عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

82، زنقة سومية - شارع عبد المؤمن

عمراء رونو - الطبقية 3 - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le :

٢٥/٦/٢٠١٤ الدار البيضاء ، في :

M. Sani R

Bataille.

~~Levoferon 50~~

13,40

~~TARDYFERON 50~~

13,40

~~Pfizer 50 mg~~

13,40

40,50

21,80

21,80

89,10

Dr. CHRAIBI M. Chakib  
Spécialiste O.R.L.  
0522 98 72 37  
0522 25 26 19

CHRAIBI MOHAMED  
PHARMACIE DE MAAK  
DOCCUREL ELEMSEFFER HABIBIA  
33, Rue Soumaya (Immeuble Renault) - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

6 118001 103041  
Tardyferon® 80mg  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

7862160336

PPV: 40,50 DH