

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

## itions 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.

## ologie 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.

## que :

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.

## ladie 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.



ND = 32806.

## Déclaration de Maladie : Nº P19- 0023723

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1934

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JARI Abdellaziz Date de naissance : 19/11

Adresse :

Tél. : 0667920887 Total des frais engagés : 12.11,70 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/05/2023

Nom et prénom du malade : JARI Abdellaziz Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : RHTOL

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

Le : 10/07/2023

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
21/05/2016 2016	consultation visite de suivi	11	200DH 400DH	RECEIVED BY DOCTOR CONSULTATION VISITE DE SUIVI DATE 21/05/2016 MONTANT TOTAL 600 DH CASH RECEIVED DOCTEUR 2016

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
8584 Tél. 03 88 22 00 00	21/05/20	62114€

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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

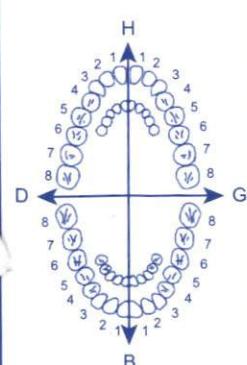
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

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



**SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphéne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
المخجنة، العنق و الوجه  
الدوخة الصمم، زنين الأذن  
الشخير، اضطراب الصوت

DATE: 21/05/2022

LOT: GA90823  
PER: 07/2021  
PPV: 75 DH 00

LOT: GA90823  
PER: 07/2021  
PPV: 75 DH 00

LOT: GA90838  
PER: 07/2021  
PPV: 75 DH 00

LOT : 191560  
UT AV: 10/2022  
PPV: 84,00DH

LOT : 200123  
UT AV: 02/2023  
PPV : 84,00DH

LOT : 200123  
UT AV: 02/2023  
PPV : 84,00DH

PPV: 79DH70  
PER: 12/22  
LOT: I2958

تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تabit حي الزهراء - برشيد

Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID

Tél.: 05 22 32 57 57

~~55,-~~ / (1<sup>o</sup>)  
62117e

Bruny large 3000

74 x 31 F P<sup>21</sup>

55,00

100%  
100%  
100%  
100%  
100%  
100%  
100%  
100%  
100%  
100%

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphéne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
الحنجرة. العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. رنين الأذن  
الشخير. اضطراب الصوت

DATE : 21/05/2020

Notes D'HolteRe.

JARL Young

ATEC MASOFI Blasoph

COMTEA PL15

HolteRe HOGA



جزءة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء - برشيد  
Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID  
Tél.: 05 22 32 57 57

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphéne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
الحنجرة. العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. رنين الأذن  
الشخير. اضطراب الصوت



061163994

DATE : 21/05/2020

### Ordonnance

### COMPTE RENDU DE NASO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE DIRECTE

NOM ET PRENOM :

INDICATION :

#### RESULTATS DE LA NASOFIBROSCOPIE

FOSSES NASALES :

PHARYNX :

LARYNX :

#### EN CONCLUSION :

Il s'agit donc

Zatayyin Gire

shiffaie



تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء ( قرب مخبزة المدينة ) برشيد

Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra (à côté pâtisserie Al Madina) BERRCHID

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 27 74 42 61 - E-mail : issam.essalki@gmail.com