

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

## Informations 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.

## Education :

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.

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.

## Adresses Mails utiles



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063973

46361

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 790

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AMRANI IDRISSE My Aissa

Date de naissance : 1948

Adresse : INRARIT R. 1- n. 444 Anfa Casablanca

Tél. : 066 84 04 898 Total des frais engagés : 328,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور الكوهن سعيد محمد  
Dr KOHEN Saïd Mohammed  
MEDECINE GENERALE  
4, Hay My abdelah Rue 167 A Chock  
Opéra 06 55 21 49 27/0661 14 23 13

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : AMRANI IDRISSE Aissa Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sla

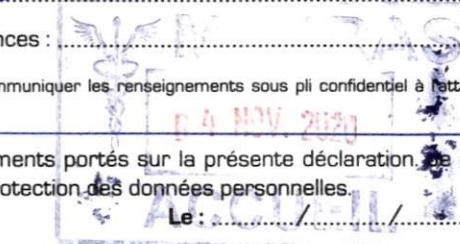
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

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
16 OCT. 2013			150 Dhs	<p>دكتور سعيد محمد</p> <p>Dr KOHEN Said Mohammed</p> <p>MEDECINE GENERALE</p> <p>4, Hay My abdellah Rue 167 A Chock</p> <p>Casa - 0522 21 49 27/0661 14 23 13</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>HARMACH</b> DIOUF, Laziza H. Casablanca - Tel: 0522 215 966 INP: 092003896	16/10/2020	 328,00

## **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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

DATE DU  
DEVIS

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

1

Dr. KOHEN SAID Mohammed

Ex. Médecin-chef de la B.L.S des F.A.R.

CABINET DE MEDECINE GENERALE

Bd. SMARA Rue 167 - n° 4

Hay Moulay Abdellah

Ain-Chock - CASABLANCA

Tél : 05 22 21 49 27

GSM : 06 61 14 23 13

FAX : 05 22 21 29 36

Autorisation d'Exercer N° 7819



الدكتور الكوهن سعيد محمد

طبيب رئيسي سابق للواء الخفيف  
لأمن القوات المسلحة الملكية

عيادة الطب العام

شارع اسمارة زنقة 167 رقم 4

حي مولاي عبد الله

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 21 49 27

المحمول : 06 61 14 23 13

الفاكس : 05 22 21 29 36

Casablanca, Le ..... 16.07.2003 ..... الدار البيضاء في

PPV:20DH00  
PER:02/23  
LOT:J582

PPV: 55,00 DH  
LOT: 620680  
PER: 06/21

PPV: 55,00 DH  
LOT: 644261  
PER: 12/21

99,00 Dh

LOT: H0176  
PER: 03/2022  
PPV: 99,00DH

الدكتور الكوهن سعيد محمد  
Dr KOHEN Said Mohammed  
MEDECINE GENERALE  
4, Hay My Abdellah, Rue 167 A Chock  
Casa - T 0522 21 49 27 0661 14 23 13