

# 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.

## 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.

## que :

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 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043125

Optique **53183**  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **26064** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AZIZ ABDELAZIZ**

Date de naissance : **15-01-1959**

Adresse : **7 Résidence de RAM N° 15**

**Mohammedia**

Tél. : **0661201229** Total des frais engagés : **485,05 + 150** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**BERDAI Fouad  
OMNIPRATICIEN  
666, Bd. El Fida, Hay Aït Ali  
Casablanca 20550  
Tél./Fax : 05 22 28 66 13**



Date de consultation : **21/12/2020**

Nom et prénom du malade : **AZIZ Abdellaziz** Age : **61**

Lien de parenté :  **Lui-même  Conjoint  Enfant**

Nature de la maladie : **colopathie**

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 : **...../...../.....**

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
21/12/2021	C	1	150,00	 BÉATRICE FOUZE 088. Bd. El Fida, Hay Amal 1 Casablanca 20550 0522286613

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/2022	485,05

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIARIES MEDICALUX

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 d'explorations.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	<b>G</b>
00000000	00000000
35533411	11433553
	<b>B</b>

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAILX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

الدكتور الحاج فؤاد البرعوي

Docteur HADJ FOUAD BERDAI

EXPERT ASSERMENTE

PRES LES TRIBUNAUX

OMNIPRATICIEN

MEMBRE DE LA COMPAGNIE  
DES EXPERTS ASSERMENTES

686, Bd EL Fida - Hay Amal 1

Tél / Fax : 05 22 28 66 13

Casablanca 20550

خبير محلق لدى المحاكم

طبيب متعدد الاختصاصات

عضو جمعية الخبراء المحققين

1, شارع القداء - حي الأمل 1

تلفاكس : 05 22 28 66 13

الدار البيضاء 20550

الدار البيضاء، في : 21.12.2020  
Casablanca, le :

DYNATEX

79.50



3 fcs

Lot : 200236  
A consommer de  
préférence avant le : 04/2023  
PPC : 79.50 dh

Dy

FLABAL



29.95

1 CP \* 3 fcs

Lot N° : L1830  
DP : P: 02/21  
DE : 79.95 DH  
PVC :

Melaventex forte

54.70



Neoclar 1g

87.5

1 start 2 fcs

du 1er au 1er Janvier  
Pharmacie Nador  
LOT : 01406  
EXP : 06/2025  
PPV : 54.70

Lot N° : 19045 10/21  
Exp : 87DH90  
PPV :

Bedelix



BEDELIX 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 57DH70  
PER.03.2013

6 118000 010234

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebââ Casablanca  
VaxigripTetra 15 µg/0,6 ml  
sol [1] b1  
P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247

57,30 Sachet à 36  
125,30 VAXIGRIP Tetra



BERDAL group  
OMNIPATHICIAN  
665, Bd. El Fida, Hay Aïnai 1  
Casablanca 20550  
Tél./Fax : 05 22 28 66 13

485,05

Pharmacie du POLO  
Nadia LAHLOU  
6 Bis, Av. Nador - Casablanca  
Tél. 05 22 50 11 11