

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

## Conditions 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.

## Pathologie 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.

## Dentaire :

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

N° P19- 048775/2016

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

53166

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2016 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : OUAZZANI CHAHIDI M

Date de naissance : 1950 De la Marjala Rue 517 24 Apt 63 H Hassan CASA

Adresse : De la Marjala Rue 517 24 Apt 63 H Hassan CASA

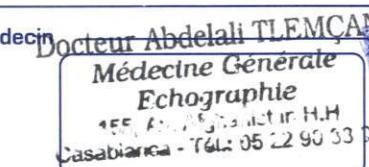
Tél. : 0664973858

Total des frais engagés : 102,60 DH

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/11/2012

Nom et prénom du malade : OUAZZANI CHAHIDI

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Alzheimer et Demence

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
17/11/10			200,00	 Docteur Abdellatif TIEMCAH Médecin Généraliste Echo graphie 35,290 - 14 H

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAZOLA Mme. BENAZZOUZ Ibtissam N° 51 Rue 4 Mazola Hay Haqqani - Casablanca tel: 0524 22 00 00	13/11/2020	602.80

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de

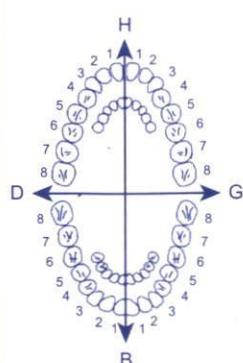
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفظ

155، شارع أفغانستان

حي الحسني - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.33.90

Casablanca, le

17 NOV. 2020

96,40

Rovamycine

5

121,30

Vaxigrip

5

140,-

Doliphen 1000

5

21,00

Felmax Ad

5

89,00

Aspirine

5

104,00

Xalacom n° 2

5

63,00

Rycofer 100

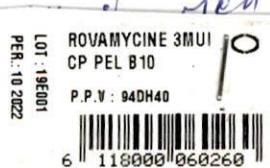
5

lytifen 88!

5

602,90

الرجو إحضار الوصفة عند المراقبة



PPV: 14DH00  
PER: 10/23  
LOT: J2675

PHARMED LOT: 8310  
UT.AV: 02-23  
PPV: 21DH00

200148  
2023/03  
PPC : 89,50 DH

XALACOM COLLYRE 2,5ML  
P.P.V : 107DH60  
PPV: 107DH60

Docteur Abdela  
Médecine  
Echog  
Casablanca

43,50