

# 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.

## **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.

## **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**

Nº P19- 0038422

ND: 30067

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2063 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : Moataz Lmir

Date de naissance : 06 JUIN 2020 1953

Adresse : Hay Al Hachem Tanger 22200

Tél. : 06 71 12 72 51 Total des frais engagés : .....

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. Abdessami BENADADA  
Médecine Générale et du Sport  
28, Moubaraka Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tel : 0522 73 96 06

Date de consultation : 27/04/20

Nom et prénom du malade : Moulai Aza Zine Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Asthme sur diabète

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 : Casab Le : 23/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : Z.Z.Z

## 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
23/04/20	9	51	159,-	Dr. Abdessami BENABDAD Médecine Générale et du Sport 26, Maubaraka Ode Sidi Barnoussi Casablanca - Tel : 0522 73 95 06

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE di Bernoussi Casablanca 11:05 22/03/2013	23/4/20	109,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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:**

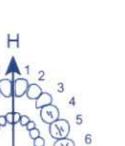
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

Dr. Abdessamî BEN ADADA

Médecine Générale

Médecine du sport

Echographie Générale



الدكتور عبد السميم بن اعداده

الطب العام

الطب الرياضي

الفحص بالصدى

Dr. Abdessamî BEN ADADA

Casablanca, le : 27/04/2022 الدار البيضاء في:

109,00

15

- Doctor G

THU

Dr. Abdessamî BEN ADADA

صيدلية عاصمة  
PHARMACIE OUSSAMA  
18 Imm. Moubaraka Hay Al Qods  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 73 57 37

Lot:

DS09/19

DLC:

09/2022

P.P.C : 109,00 DH

Dr. Abdessamî BEN ADADA  
Médecine Générale et du Sport  
28, Moubaraka Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - tél : 0522 73 96 06

26 زنقة نابلس ش 1 حي امبركة القدس سيدى البرنوسي البيضاء  
26 Rue Nablos App 1 Hay M'barka El Qods, S Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 73 96 06 - Gsm : 06 61 07 24 12