

# 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.

## radiologie 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.

## rééducation :

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.

ND: 32283

**Déclaration de Maladie : N° P19-0015807**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272

Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :** .....

Nom & Prénom : AMAZIGH Zahra

Date de naissance : 1939

Adresse : Résidence Prestige Mazola Rue 1 N° 5 CASA

Tél. : 0522 912901 Total des frais engagés : 2020,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/06/2020

Nom et prénom du malade : Amazigh Zahra Age : .....

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : ostéoporose

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

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.

11 JUIN 2020

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 : ASA

Le : 01/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : Amazigh Zahra

## 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                                                                                                                          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15-03-2016      | cc                | 2/35000               | 50                              | Docteur Arina Lamine - Veilleur Hay<br>Dermatologue - Rue El Hadi Hay<br>102, Bd. Quai Yacoub El Guider Casablanca<br>Residence Seima 1 <sup>er</sup> Etage 1652<br>Tel: 05 22 89 16 52 |

EXECUTION DES ORDONNANCES DE POLYCLINIQUE

|                                                                            |                  |                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                     | Date             | Montant de la facture                                                                                 |
| <b>PHARMACIE POLYCLINIQUE</b><br><b>Dr. TIR Abdelaziz</b><br><b>167900</b> | <b>19-3-2023</b> | <b>Dr. TIR Abdelaziz</b><br><b>58, Route Mly Thami, Hay Hassani</b><br><b>Tél: 0522 90 21 67 Casa</b> |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 l'

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

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

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DE TRANSLATION

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



LOT 130071  
PER 11/22  
PPV 20DH00  
**20,00**

LOT 130071  
PER 11/22  
PPV 20DH00  
**20,00**

LOT 192542 1  
EXP 11 2023  
PPV 90 50  
**90,50**

LOT 192542 2  
EXP 11 2022  
PPV 45 20  
**45,20**

LOT 130071  
PER 11/22  
PPV 20DH00  
**20,00**

LOT 130071  
PER 11/22  
PPV 20DH00  
**20,00**

1300710630  
exselsior  
20DH00  
11/22

130071  
11/22  
20DH00  
1300710630  
11/22