

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

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 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- 062756**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1688

Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

13832

Nom & Prénom : HARIBE Ahmed

Date de naissance : 10 - 03 - 1950

Adresse : 1

Tél. : 0662372117

Total des frais engagés :

491,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سالم بو عياد  
يختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
Spécialiste en Gastro - Entérologie  
عمره إتصالات المغرب  
Télé: 0522 9768 00  
تجزئة لينا ميدي ماروك، 136  
الدار البيضاء - المغرب

Date de consultation : 25 / 07 / 2008

Nom et prénom du malade : HARIBE FOUZRA Age : 65

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : Troubles digestifs

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

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Caran

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : HP

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/07/2016	191.00

#### **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	

## 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

Docteur Salim BOUAYAD

Ancien Interne des Hôpitaux du Maroc

SPECIALISTE GASTRO-ENTEROLOGUE  
MALADIES DE L'ESTOMAC, INTESTINS,  
FOIE, HEMORROIDES



الدكتور سليم بوعياد

داخلي مستشفيات المغرب سابقا

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء في :

25.07.2020

## ORDONNANCE

Nom: MME HARIBE FOZIA

Né(e) en:

Poids:

50,40

MUSFON N° 1

1 cp 2 fois par jour



OMEGA 3 N° 1

1 gel 3 fois par jour



32,00 EUCARBON N° 1

1 cp après les repas



68,60 HEPANAT N°1

1 cp au coucher



40,00 Kenta

1 application

191,00



الدكتور سليم بوعياد - أخصائي أمراض الجهاز الهضمي  
Spécialiste en Gastro-entérologie  
Dr. SALIM BOUAYAD  
عيادة: 136 تجزئة لينا، سيدى معرف (بشارع الصمام الاجتماعي)، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 97 68 00 - الفاكس: 05 22 97 68 01  
Cabinet : 136, Lotissement Lina, Sidi Maârouf (Immeuble C.N.S.S.) - Casablanca  
Tél : 05 22 97 68 00 - Fax : 05 22 97 68 01

عيادة: 136 تجزئة لينا، سيدى معرف (بشارع الصمام الاجتماعي)، الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 97 68 00 - الفاكس: 05 22 97 68 01

Cabinet : 136, Lotissement Lina, Sidi Maârouf (Immeuble C.N.S.S.) - Casablanca

Tél : 05 22 97 68 00 - Fax : 05 22 97 68 01

infinity