

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.

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: 43777

Déclaration de Maladie : N° P19-0010268

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0783 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : JAAAR Mohammed Date de naissance : 03-02-1946
Adresse : Hay Inara I Rue 16 n° 13
Tél. : 06 61 80 10 28 Total des frais engagés : 2930,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Abderrahim BOKHAMY

Cachet du médecin :

Endocrinologue - Diabétologue
Av. Ali al Ibn Abdallah, Rés. Ibn Khaloun
Porte 4 - Berrechid - Tél: 0522 32 87 87

Date de consultation : 07/10/2020
Nom et prénom du malade : Amine EN-NASELY Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : diabète sucré
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) :

RELEVÉ 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
01/10/2020	2020		250,00 22	Dr. Abderrahim Endocrinologue - Diabétologue Av. Allal Ben Abdellah, Des. Ibn Khalid Porte 4 - Berrechid - Tél: 0522 32 87 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara
Casablanca - Tél: 05 22 21 09 76

7/10/20 2680,00

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

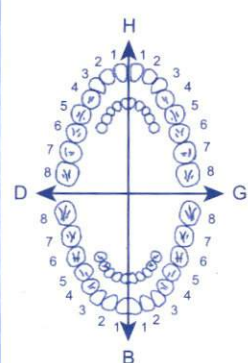
AM PC IM IV

RELEVÉ 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

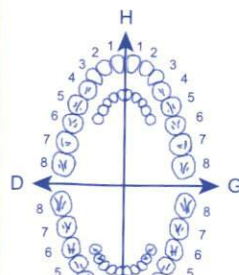
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



عين الشق

CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNAN

74786/120514-1
AMM 121/40MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1
AMM 121/40MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

74786/120514-1
AMM 121/40MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

Amme

Ev - M561y

Casablanca, le 01-10-202

$393,00 \times 4 = 1572,00$
1) Januvia 100

74786/120514-1
AMM 121/40MP/21/NRQ

6 118001 160457
JANUVIA® 100 mg
Boîte de 28 Comprimés pelliculés
Distribué par MSD Maroc
P.P.V : 393,00 DH

$125,00 \times 5 = 625,00$
2) C - amarel 250

$144,30 \times 3 = 432,90$
3) Ev tol 120

$25,10 \times 2 = 50,20$
4) Famafen

$2680,10 = 1572,00 + 625,00 + 432,90 + 50,20$
Total de 3190,10

Dr. Abdelrahim BOKHAMY
Endocrinologue - Diabétologue
Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrechid - Tél.: 0522 32 87 87

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tél. 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50
Fax 0522 21 64 68 - Casablanca

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76

125,00

125,00

125,00

125,00

125,00

44,50

44,50

44,50

PPU 25.10 DH
LOT T684 PER 06/24

comprimés

PPU 25.10 DH
LOT T684 PER 06/24

comprimés