

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.



NO: 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 : JAABAR Mohammed Date de naissance : 03-02-1946  
Adresse : Hay Inara I Rue 16 n° 13  
Tél. : 06 61 801028 Total des frais engagés : 2930,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin Dr. Abderrahim BOKHAMY

Cachet du médecin :

Endocrinologue - Diabétologue  
Av. Aïal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khalidoun  
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
01/02/2020			250,00	
			200	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/10/20	2680,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

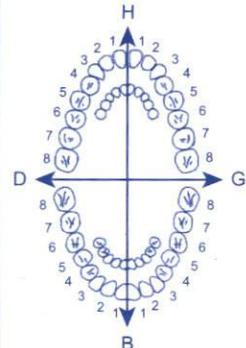
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

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

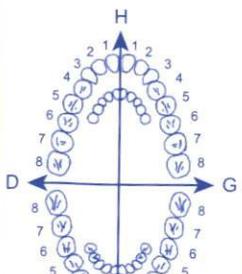
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
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 CHO

ORDONNAN

74786/120514-1  
ANM 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  
ANM 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  
ANM 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

En-MSEY

Casablanca, le 01-10-2022

$$393,00 \times 4 = 1572,00$$

1) Januvia 100

74786/120514-1  
ANM 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-avance 250

SV

$$144,30 \times 3 = 432,90$$

3) C-avance 250

SV

$$25,10 \times 2 = 50,20$$

4) Famafen

SV

2680,10 = 15 x 2

**Dr. Abderrahim BOKHAMY**  
 Endocrinologue - Diabétologue  
 Av. Allal Ibn Abdellah, Rés. Ibn Khaldoun  
 Porte 4 - Berrechid - Tél.: 0522 32 87 47

**CLINIQUE AIN CHOCK**  
 510, Avenue 2 Mars Haddaouia II  
 Tel: 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