

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 051860  
44082

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : ZARBU Aicha épouse ZARBU  
Date de naissance : 03/08/2020  
Adresse : DFRBTAKADDOYM Sub. rue 34 n° 50  
Cité Mohammadi Casablanca  
Tél : 0619 866024 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. LAARIBI Samir  
Médecine Générale  
Bloc 104 El Koudia - Hay Mohammadi  
N° 28, Rue 59 - Casablanca  
Tél : 0522 61 77 81

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/08/2020  
Nom et prénom du malade : ZARBU Aicha Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique  
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) : ACCUEIL



# 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
23/09/2020		57	183,50	Dr. LAARIBI Samir Médecine Générale 28, Rue 59 - Casablanca Tel: 0522 61 77 81


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmasien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.09.2020	183,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

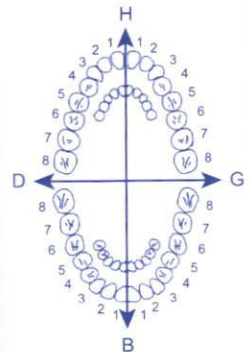
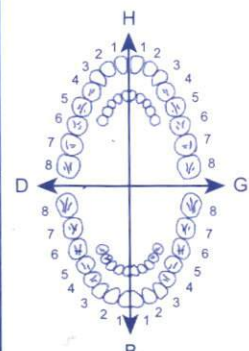
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

# 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 canaux, 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 ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور لعربي سمير  
Docteur Samir LAARIBI

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIE

الطب العام  
الفحص بالصدى

Casablanca, Le : 23/09/2020 : الدار البيضاء، في

2 ARGU A'CO

23/10

1/ LYSANXIA 10



1 cp / jn à 20 heures x 21 jours = 28,80 x 3

2/ VITAN EVRIL

1 cp x 3 / jn x 21 jours =

3/ NEAL GYL 80

1 cp x 3 / jn

74,00 4/ CAR DO SYLANE

Dr. LAARIBI Samir  
Médecine Générale  
Bloc 104 El Koudia - Hay Mohammadi  
N° 28, Rue 59 - Casablanca  
Tél : 05 22 61 77 81

140,00 1/ ADOL (algus) x 2

UT. AV : 02 2023

P.P.V

23 10

LOT N° : 1287407

23,10

Lysanxia<sup>®</sup> 10 mg 

40 comprimés



6 118000 250289

PPV

LOT 28,80

PER



VITANEVRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT 28,80

PER



VITANEVRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT 28,80

PER



VITANEVRIL<sup>®</sup> FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

Sothema  
L. Tazi. Pharmacien Resp.  
CARBOSYLANE - 48 doses

PPV 74.00 CH



6118001070393