

**RECOMMANDATIONS LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSÉS ET GÉRER 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 canalaire, 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 canalaire.

**Déclaration de 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.



45738

**Déclaration de Maladie : N° P19-0007205**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2207 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : ✓

Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAIB Date de naissance : 04/08/1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664.074.077 Total des frais engagés : 474,70 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M<sup>r</sup> AZIZ BOUCHAIB Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Le wadi

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dr Mohamed WADIF

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 : Carap Le : 30/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : R.B.

## 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
30 SEP. 2020	S2	1	250.04	<i>Dr Mohamed WADIE</i> Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 398 Bd. Reda Gdira (Ex. Nil) Cité Diamaa - Tél: 0522 556 444

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHIRURGICALE ALMA</i>	30/09/2020	176,70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

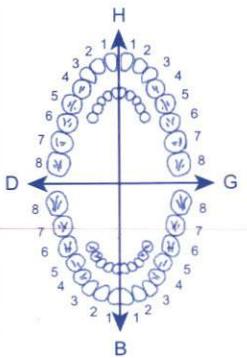
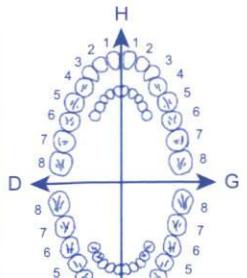
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Le praticien est prié de pré

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

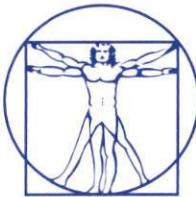
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
Coefficient des travaux			
Montants des soins			
Date du devis			

# Docteur Mohamed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Diplômé de la faculté de Strasbourg (France)

- Diplôme d'Université de Traumatologie du Sport
- Diplôme d'Université de Chirurgie de la main
- Diplôme d'Université de Microchirurgie
- Diplôme d'Université d'Arthroscopie



Ancien Chirurgien des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

## Cabinet sur rendez-vous

ICE : 001681267000045

30 SEP. 2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

## عيادة بالموعد

جراح اختصاصي سابقاً بالمستشفيات الجامعية بستراسبورغ  
جراح اختصاصي سابقاً بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

- دبلوم الطب الرياضي
- دبلوم جراحة اليد والعضو الأعلى
- دبلوم الجراحة المجهزة
- دبلوم تشخيص وجراحة المفاصل بالمنظار الداخلي

Refos

28/05	1.	<u>Rofax 20 mg 1ml</u>
28/05	2.	<u>No-dol cool 14g 2ml</u>
52,80	3.	<u>eds 20 mg 1ml 1ml</u>
41/05	4.	<u>No-flam 1ml 1ognal</u>

174,70

كام 20 مع

LOT : 37653  
PER : 05/2022  
PPV : 48.80 DH

LOT 191342  
EXP 04/2022  
PPV 52.80 DH

PVC : 45.00 DH

NO - DOL CODEINE  
CP B20  
P.P.V : 28DH00  
LOT : 20E095



6 118000 061861

Quartier Casablanca  
Rue Z-N°116 Bd Sidi Benmousa  
Dr. H. ROUAILLA  
PHARMACIE GHORFI

Mohamed WADIF  
Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologique  
398, Bd. Reda Gdira (Ex. Nil)  
Cité Djamaâ - Tél.: 0522 556 444