

RECOMMANDATION LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS DES 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° P19-0007205

☒ 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 : 474,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M^r AZIZ BOUCHAIB Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lumbago

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 : Casa

Le : 30/09/2020

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
30 SEP. 2020	E	1	256 DH	Dr Mohamed WADIF Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 398 Bd Reda Gdira (Ex. Nii) Cité Diamaa - Tél. 0522 556 444

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GHORRANE 21 N. 11000 Casablanca	30/09/2020	174,70

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	

Le praticien est prié de pré

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas ue prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
		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

Docteur Mohamed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Diplômé de la faculté de Médecine
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

M^r Aziz Boucheik

Repos

48j

1) Reste en y 1ml

28j

2) No-dol cost 1g 2x

52,80

3)

oeds 20 mg 1ml 1' 10m

48j

4)

No-flam 1g 1x

57,70

DR. HIRIOUA LAILA
Rue 2 N° 116 Bloc 5
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

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

كام 20 مغ

LOT: 37656
PER: 05/2020
PPV: 48,80 DH

LOT 191342
EXP 04/2022
PPV 52,80 DH

PVC : 45.00 DH

LOT: 02230523
EXP: 06/2023

LOT: 20E005

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



6 118000 061861