

# 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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.

## 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.



Dossier en cours

lig 781

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011849

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.510 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL RHAZI OMAR Date de naissance : 10/04/1985

Adresse : 62 Allée d'Andalousie, ETGS, Appt 3F, MAARIF, CASABLANCA

Tél. : 06.44.03.63.31 Total des frais engagés : 1.014,00 f Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 DEC. 2020

Nom et prénom du médecin : EL RHAZI

**MUPRAS**

**DEC. 2020**

**ACCUEIL**

Lien de parenté :  Fils/mère  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie de la vue

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 : CASABLANCA Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## **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
10.11.1990	Sur		200.00	
11.11.1990				
12.11.1990				
13.11.1990				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092022045	2022-09-20	8.14,-

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

#### **Important:**

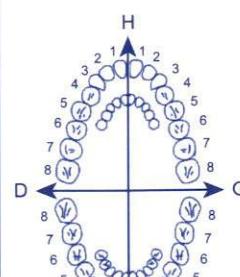
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAILX

## MONTANTS DES COINGS

DATE DU  
DEVIS

**Docteur Abdelaziz HACHADI**

**Pédiatre**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
16, Rue Charam Acheikh (Ex. Hassan Ziaty)

Palmiers - CASABLANCA

Tél.: 05 22 98 92 81

Email : ahachadi59@gmail.com

**الدكتور عبد العزيز حشادي**

**أخصائي في أمراض الطفل والرضيع**

خريج كلية الطب بباريس  
16، زحلة شرم الشيخ (حسان زيatici سابقاً)

النخيل - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 92 81

البر الإلكتروني : ahachadi59@gmail.com

Casablanca, le : 20.1.2020

EL RHAZI . ALI

814,00 1) Prevenar



سازن

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 814DH00

Laboratoires S.A. Maroc

6118001171057

Pharmacie du Maroc  
صيدلية المغرب  
36, Boulevard du 5 Avril - Palmier  
Casablanca Tél : 0542 25 32 05  
pharmaciedulouvre@gmail.com

لستور عبد العزيز حشادي  
Doctor Abdelaziz HACHADI  
Pédiatre  
13, Rue Charam Acheikh, Palmiers