

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

Enseignement :

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.

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  
Nº P19-0035743

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3520

Société : R.A.M 50593

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAMSADDAR Amine Veuve FARTHI

Date de naissance : 1953 CASABLANCA

Adresse : 10, Rue BNOU BAJA - 9, Hippodrome CASA

Tél. : 0689224370 Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



119 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : LAMSADDAR Amine Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Colopathie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/10/2020

## 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
14/01/2020	6		300 M	Dr. SABIA M HEPATOGASTROENTEROLOGISTE 26, Avenue des Lahm El-05 Tunisie
25/01				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pounisseur	Date	Montant de la Facture
 C. DE LA CROIX D'ADOUN Signature: Al Hafidh Tel: 0522 25 05 77	16/09/2020	277,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## BELEVE 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 canalaire.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### Création, remont, adjonction

Thérapeutique nécessaire

PRAS garantit le respect de l'identité de l'artiste et de l'œuvre.

# Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif

Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse

Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE



# الدكتور مصطفى صوير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le .....

14 av de l'Indépendance, الدار البيضاء، في

La MSA, Avenue

113.70

France Presse 20/6/2007

S.V.

Le Centre M. et M. S.V.

l'Institut

S.V.

89.50

2/14/2007

S.V.

34.00

3- Omoticine NL 200mg

S.V.

1/14/2007

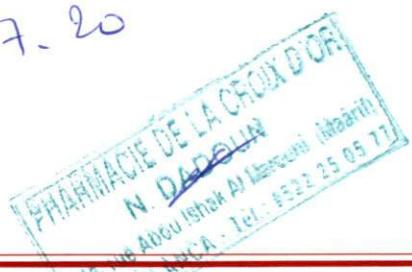
40.00

4- Antispa

S.V.

1/14/2007

277.20



26، شارع إدريس الحريزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 05 22 22 90 64 / 65

26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 / 65

Email :mostaphasabir@gmail.com

LOT 201042 1  
EXP 05 2022  
PPV 40.00

40,00





# Ranciphenex®

Rabéprazole sodique

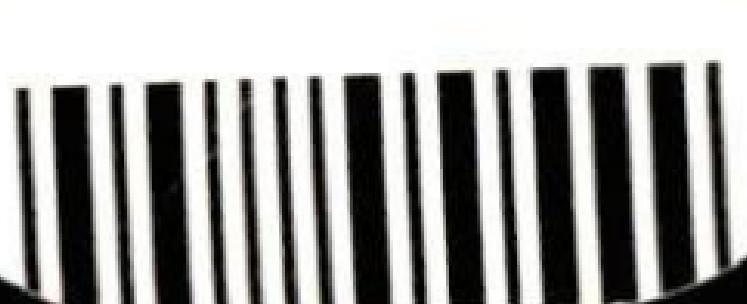


28 Comprimés  
gastro-résistants  
Voie orale

20 mg



N 16118001300865  
N AB22494  
EXP 12/2021  
S.N. 225726781875





15 gélules - **Sans gluten**

Complément alimentaire



Lot/À consommer  
de préfér.

20022 012

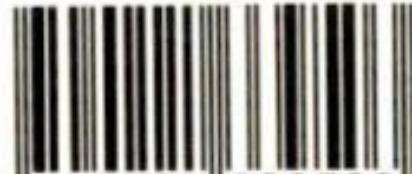
RFF 317MA

LOT

PER

Prix

89,50 89,60



3 700221 339503

PPV  
34DH00