

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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.

## 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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10123

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EIHAF Di ABDEIKARIM

Date de naissance : 1/1/1961

Adresse : H 182 lot EIWAFA - DERWA - Berkane

Tél. : 0677629391

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : EIHAF Di STLM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ASTH

IPV

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 : 17/12/2020

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
21/01/2020	U	1200		
				Dr H AZIZA Généraliste N° 59 D El Wahda 1 05 22 61 57 51

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY ALAM Lot Hay Esplanade Dere Street, BEXHILL SABOURA LKHAN T: 01256 289174	12/20	477,60

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

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 00000000   21433552 00000000 35533411 11433553	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

**Docteur Aziza IKIOUCH**  
**Médecine Générale**

Diplôme en médecine générale de la faculté  
de Médecine et de Pharmacie de Rabat  
Ancien médecin interne au CHU IBN SINA  
Ancien médecin interne au CHPERRAZI de  
Berrechid  
Tél.: 05.22.51.57.51



**الدكتورة إكيوش عزيزة**  
**الطب العام**

حاصلة على دكتوراه الطب العام من كلية الطب و الصيدلة  
باريابط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى الرازي ببرشيد  
الهاتف: 05.22.51.57.51

## ORDONNANCE

Deroua Le : ..... 17 DEC. 2020 ..... الدروة في :

EL HAFD

SALMA

Keto derm Seclat



4S x 2/semaines pdt

2 semaines

pis

1S / semaine

Dr. IKIOUCH AZIZA  
Médecin Généraliste

Lotissement Elouahda 1, N° 69D - Premier Etage - DEROUA  
1053055 B, Deroua

تجزئة الوكالة ٦٣٩٥٧ رقم ٢٠١٨ الطلاق الاول - الدروة (قرب المركز الصحي الدروة)

05.22.51.57.51 aziza.ikiouch@gmail.com  
Gsm : 06.76.56.06.18

~~15~~ 1. Sangar 2r

10 p x 2' j

65,00

ohlys

4 pslw ds

40,50 + 6

Tandy ferme

Dr M'GOUCH AZIZA  
Médecin Généraliste  
Lottoissement El Wahda 1  
05 22 51 57 51

~~15~~

LOG/jr

~~15~~

30,00

Bogal 2g

blk 7

~~15~~

477,60

Age 1j

Dr M'GOUCH AZIZA  
Médecin Généraliste  
Lottoissement El Wahda 1  
05 22 51 57 51

PHARMACIE HAY  
Lot Hay Esq  
Deroulé - BP  
10000 DAKAR  
Tél : 05.30.11.14

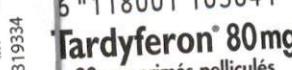
16  
16  
16  
16

319334



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



**Tardyferon® 80 mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

319334

319334

319334

PPV : 300DH00  
PER : 05/23  
LOT : J2230-3

SURGAM 200MG  
CP SEC B20  
P.P.V : 55DH40

LOT : 20E018

P.P.V : 55DH40

118000 0600857

Détenteurs sur l'unité :

Maphar

Km 10, Route Oued Sidi

Ql Zenata Al seba Casablanca

Ketoderm 2% gel b6 sachet

P.P.V : 84,20 DH

118001 181491

CE TITREMENT, dem:

au  
e vi  
de  
ir