

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

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.



# Déclaration de Maladie

Nº P19- 065814

Optique 57578  Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.73

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e) Retraite

Autre :

Nom & Prénom : M A R A R Y A b d e l S a b i n

Date de naissance : 1950

Adresse : 9 N A 250 D e r o

Tél. : 0 6 6 9 0 9 0 8 0 Total des frais engagés : 119,70 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/2001

Nom et prénom du malade : M A R A R Y S a s t h a Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : A T A D y s i t e

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 : ..... / ..... / .....

## 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
04/01/2021	CS		19.50	DI-Syndicat National des Médecins généralistes Lot. Chabab 1, N°102-Doua 10.05.2020 03.43.28

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature et cachet du pharmacien	04/01/2021	119.70

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A horizontal line with arrows at D and G passes through the arch. A vertical line with arrows at B and H passes through				

Dr.Smail MALKI

## ■ Médecin général

Lauréat de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.  
Ancien Médecin interne à l'hôpital Périphérique de Berrhid.



# الدكتور إسماعيل الماليكي طبيب عام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الإقليمي  
ببرشيد

## ORDONNANCE

DEROUA, le 04/01/2022



70027234/010414-1



6 118001 160495  
JANUMET® 50/1000 mg  
AMM 590MP/21/NC  
Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

NovoRapid® FlexPen®

100U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3ml

PPV : 647 DH

8-9670-F-13-270-1  
6 118001 121304

1