

## 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.

### 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-621522

64599

|                                  |  |                                  |                                 |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)    |  |                                  |                                 |
| Matricule :                      | 1919   | Société :                        | RAM                             |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Mohamed                         |
| Nom & Prénom : Abdou             |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 01/01/1962   |  |                                  |                                 |
| Adresse : Khalil                 |  |                                  |                                 |
| Tél. : 066 200 687               | Total des frais engagés : Dhs                    |                                  |                                 |

|   |   |                                   |                                 |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019   | Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Docteur KHALIL Mohamed</b><br/> <b>MEDECINE GÉNÉRALE</b><br/> <b>ACUPUNCTURE</b><br/> <b>Rue Kaid Al Acheter Résidence Alith</b><br/> <b>Maârif Casablanca</b><br/> <b>Tel : 0527 72 00 09</b> </div> |                                   |                                 |
| Date de consultation :  | 25/12/2021  | Age :                             |                                 |
| Nom et prénom du malade :   |   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Généraliste   |                                   |                                 |
| 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 : 24/12/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEILLI  
ACCUEILLI  
ACCUEILLI

## **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/03/21        | 2                 | 545,37                | 227,00                          | INP : D91A084615J   |
|                 |                   |                       |                                 | Docteur KHALIL Mohamed<br>MÉDECINE GÉNÉRALE<br>AOUAOUNI JEDD<br>Rue Kaid el Achaïd Résidence Rbill<br>1000 Casablanca |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 l'ODDF.

| SOINS DENTAIRES                              | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|--|--|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|---|
|  |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/> |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><b>H</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> |                  |             | 25533412  | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/> |
|  | 25533412   | 21433552         |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  | <hr/>  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
|  |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |
| <b>DATE DU DEVIS</b><br><input type="text"/> |  |                  |             |   |          |          |          |       |  |          |          |          |          |   |