

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## 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.

## 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.

65428

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013980

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07587

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ARRIAS GOSTAFA Date de naissance : 01-01-1959

Adresse : 3 AV AL MASSIRA AZAMOR

Tél. : 661 33091 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) : M.D

Le : 30/10/2010

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL YOSSR Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne Boulevard Sidi Ali Ben Hamouda 319 Azemmour - Route de La Plage - Par Casa Tel: 05 23 37 64 20		25.10, 70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			



# FACTURE

Azemmour le :

N° 000335

Client :

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Prix Total
3	Pyloxic 200 mg cp	31,30	93,90
3	Kardefic 160mg	35,70	107,10
3	coveran 5/5 cp	208,00	624,00
3	Tahor 40mg/28 cp	159,90	479,70
3	Ezetrol 10mg cp	402,00	1206,00
		Total = 2510,70	
KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70  6 118001 081189			
KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70  6 118001 081189			
PHARMACIE EL YOSSR Dr. Hanane EL MAJED Douar Takourante Sidi Ali Ben Hamdouche Km 9 Azemmour - Route de la Plage - Par Casa Tél : 05 23 37 64 20			
KARDEGIC 160MG SACHETS B30 P.P.V : 35DH70  6 118001 081189			

Douar TAKOURANTE - Sidi Ali Ben Hamdouche Km 9  
 Route de la Plage par Casa - Tél. : 05 23 37 64 20 - AZEMMOUR

Zyloric®

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

زيلوريك®

الابورينول

200  
ملغ

عن طريق الفم  
28 قرصاً

31,30



Zyloric®

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

زيلوريك®

الابورينول

200  
ملغ

عن طريق الفم  
28 قرصاً

31,30



Zyloric®

allopurinol

200 mg

28 comprimés  
Voie orale

زيلوريك®

الابورينول

200  
ملغ

عن طريق الفم  
28 قرصاً

31,30



# **EZETROL® 10 mg**

*Ezetimibe*

comprimé

28 comprimés

**Titulaire :**

MSD Ltd  
Hertford Road, Hoddesdon  
HERTFORDSHIRE EN11 9BU  
ROYAUME-UNI

**Exploitant :**

MSD France  
34, avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie  
Information médicale : 01 80 46 40 40

6 1118001 160112

**EZETROL® 10 mg.**

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC  
B.P. 136 – BOUSKOURA  
AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

**EZETROL® 10 mg**  
comprimé

28 comprimés

**Titulaire :**

MSD Ltd  
Hertford Road, Hoddesdon  
HERTFORDSHIRE EN11 9BU  
ROYAUME-UNI

**Exploitant :**

MSD France  
34, avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie  
Information médicale : 01 80 46 40 40

6 1118001 160112  
**EZETROL® 10 mg.**

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

Distribué par MSD MAROC  
B.P. 136 – BOUSKOURA  
AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

# **EZETROL® 10 mg**

*Ezetimibe*

comprimé

28 comprimés

**Titulaire :**

MSD Ltd  
Hertford Road, Hoddesdon  
HERTFORDSHIRE EN11 9BU  
ROYAUME-UNI

**Exploitant :**

MSD France  
34, avenue Léonard de Vinci  
92400 Courbevoie  
Information médicale : 01 80 46 40 40

6 1118001 160112

**EZETROL® 10 mg.**

Boîte de 28 comprimés.

P.P.V : 402,00 DH

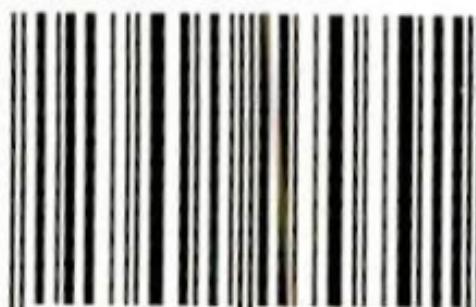
Distribué par MSD MAROC  
B.P. 136 – BOUSKOURA  
AMM 252/12DMP/21/NRS

74774/310314-1

Boîte sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS  
P.P.V : 159DH90

Laboratoires  
*pfi*zer  
S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
فقط وفقاً لوصفة طبية . لاتحة 1

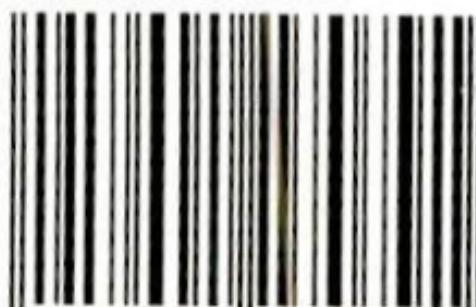
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
تقيد بالمقاييس الموصوفة



Boîte sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS  
P.P.V : 159DH90

Laboratoires  
*pfi*zer  
S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
فقط وفقاً لوصفة طبية . لاتحة 1

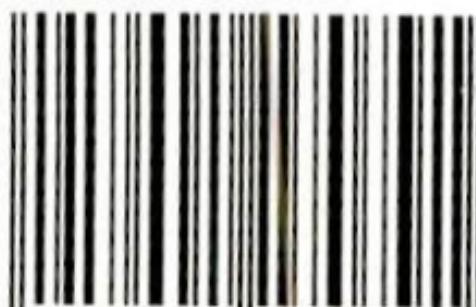
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
تقيد بالمقاييس الموصوفة



Boîte sécurisée pour votre protection

TAHOR 40MG 28 CPS  
P.P.V : 159DH90

Laboratoires  
*pfi*zer  
S.A.



6 118001 170791

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
فقط وفقاً لوصفة طبية . لاتحة 1

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
تقيد بالمقاييس الموصوفة

