

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.



66019

## Déclaration de Maladie : N° S19-0005098

☐ Maladie\* ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6583 Société : Ex - RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUF SAHAD Date de naissance : 17.07.1957

Adresse : ARD MUPRAS, Rue 6, ann F6, IDRISSA, Casablanca

Tél. : 8056 Total des frais engagés : 294,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : ACCUEIL

Date de consultation : 2/3/21

Nom et prénom du malade : RAOUF SAHAD Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Asthme Ballant

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 : 1/4/2021

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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
23/12/21			15000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/03/2021

T = 144.50

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

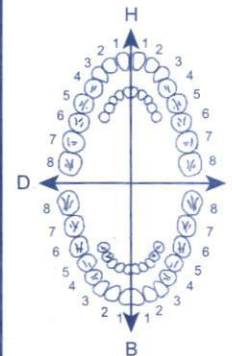
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 21433552  
00000000 00000000

D

00000000 00000000  
35533411 11433553

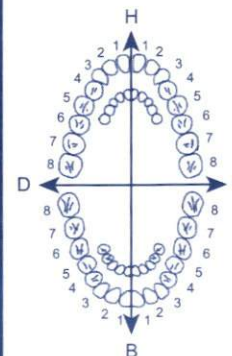
G

B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION


(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdesslam BENKIRANE

OMNIPRATICIEN



الدكتور ابن كيران عبد السلام  
الطب العام

Diabète et Hypertension Artérielle  
Asthme et Allergies  
Electrocardiogramme

أمراض السكري و الضغط الدموي  
أمراض الضيقة و الحساسية  
التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le : .....

الدار البيضاء، في :

31/03/2021

Monsieur RAOUFI TAHAR

15049

144,50

1) ESAC gélules à 20 mg

1 gélule à midi



1 Boite.

Avant le repas.

2) JUV Atonus cp

100

Docteur BENKIRANE ABDESSLAM

T = 144,50

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Badhir Laataj  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 05 22 83 83 50 - ICE: 0015132300

Dr. Abdesslam BENKIRANE  
146, Rue Oued Ziz Fida - Casablanca  
Tél: 05 22 83 83 50

**ESAC<sup>®</sup>** **20**  
*ésoméprazole* **mg**

**28 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



LOT 01/02  
PER 01/22  
PRV 144D 60

144,50

