

# 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.

## Educations :

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 canaux, 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 canaux.

## 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.

## Adresses Mails utiles



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037017

68028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

Date de naissance : 25-01-1959

Adresse : RES EL FAJR IMM F N° 11

Tél. : 0675592651 Total des frais engagés : 300.00 + 166.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RACHADI Bouchra  
Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique  
403 Bd. Souhaib Erroumi Bernoussi  
Casablanca - Tél: 05 22 75 11 21

Date de consultation : 30 MARS 2021

Nom et prénom du malade : HATTI OUI BAHJA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection gyneco

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 :

Le : 21/04/21

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 Règlement des Actes
03 MARS 2021		45	30.231	

Dr. RACHADI BOUAFIA  
Spécialiste en Gynécologie  
Obstétrique  
103 Bd. Soumaya El Fergani Bernoussi  
Casablanca - Tél: 05 22 75 11 11

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE GHORFANE  
Bld "C" Rue 2 N° 11  
Al Oods - Bernoussi  
Tél.: 022 75 76

03103 Ken 106,80

Casablanca  
Rue 2 N° 11 Bld "C"  
Al Oods - Bernoussi  
RM CIE GHORFANE

# 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

AM PC IM IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

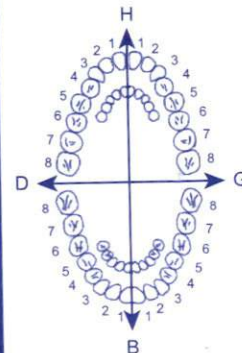
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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 G  
35533411 11433553  
B

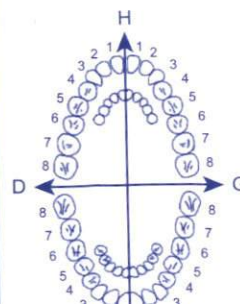
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**Docteur RACHADI Bouchra**

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Chirurgie Gynécologique

Accouchement - Maladie des Seins

Stérilité - Echographie - Colposcopie



**الدكتورة رشادي بشرى**

إختصاصية في امراض النساء و التوليد

الجراحة - امراض الثدي

عقم الزوجين - الفحص بالصدى

الفحص بالمنظار الداخلي

Casablanca, le ..... 30/3/2014 ..... في الدار البيضاء،

7 = ATTOR BACHA

46,70x4

9 by

primetm

il y a du se ou 14 j de

Chorion pdr 15s.

16 j de durée de 15s

