

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **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.

## **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 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- 064885

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2310 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANAR ABDEL WAHAB

Date de naissance :

Adresse : Le 8/11/51

Tél. 06 70 35 17 93 Total des frais engagés : 310,12 + Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

DR. AMAL SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouar  
El Fardi Appt. 4 - Casablanca  
Tel : 05 22 26 34 66

Date de consultation : 07/11/2011

Nom et prénom du malade : MANAR Abdelwahab Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DT2

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 : 07/11/2011

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
07/04/2021	Qs		100,00	Dr. Béatrice SALIM Diabétologie Nutrition Bourgogne et Rue Douchet Appt. 4 - Casablanca 05 22 26 30 06

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
4 Bis, Rue des Vanneaux Oasis - Casablanca 05 22 99 27 54 Fax: 05 22 23 02 92	07/04/29	PHARMACIE D'AL 24, Rue des Vanneaux Oasis - Casablanca 05 22 99 27 54 Fax: 05 22 23 02 92

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### (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. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale  
Diabétologie - Nutrition  
Echographie - Médecine du travail



الدكتورة آمال سليم  
خريجة كلية الطب بالرباط  
بوزردو، رين  
الطب العام  
داء السكري والحمية  
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 07/04/21

Dr MANAR Abdelouahhab

1) Metformine xin 1g  
19,90 x 3  
18/5



2) AMEP 10g  
75,20 x 2  
18/5  
T: 250,10



HARMACIE DALAL  
24 Bis. Bd. Bourguigne  
Vanneaux  
Casablanca  
Tél: 05.22.99.41.22  
05.22.23.02.92

Dr Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie et Nutrition  
El Fardi, Appart. 4  
05.22.23.34.60

PER.:09/2023  
LOT.:20E060

