

## 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.

### Pathologie 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

N° P19- 057791

70343

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1975 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AFKIR Lahcen

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse :

Tél : 0666388028 Total des frais engagés : 476.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2021

Nom et prénom du malade : BACHAMOHAMED HLIMA Age :

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

Nature de la maladie : Palpitations

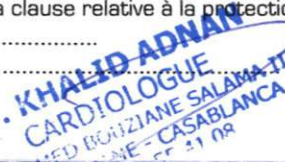
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :





# 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
16/02/24	S + F cy		300.00	<b>Dr. KHALID ADNI</b> <b>CARDIOLOGUE</b> 254 AV MED BOUZIAME SALAMA III SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 022 55 41 08

# EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

**PHARMACIE**  
**4 avenue du Nil, N° 23 - Sidi Othmane**  
**Tel: 00 522 37 10 00**  
16-02-24 27600

# 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

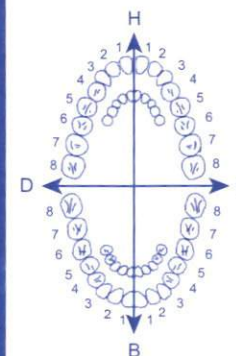
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ADNAN Khalid  
Cardiologie  
254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.: 05 22 55 41 08  
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp  
Fax: 05 22 55 41 12  
Email: kha\_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 16/02/2021

Mme Hlima BAMOHAMED

4700  
1232  
1) **CARDINOR Comprimé à 6,25 mg Bte 30 Comprime**  
Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2) **XERIUM 20 MG**  
Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

3) **SPASMAG BT/30 AMP BUvable**  
Prendre 1 ampoule le matin et le soir

2 boîtes

Dr. ADNAN Khalid

PHARMACIE DE LA PREFECTURE  
Avenue du Nil, (Sidi Othmane)  
Bloc 33, N° 23 - Casablanca  
Tél: 00 522 37 14 02

Dr. KHALID ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III  
SIDI OTHMANE - CASABLANCA

XERIUM® 20 mg 28 Comprimés sécables  
PPV 123DH20 EXP 02/2022  
LOT 02039 1

LOT : 200112  
UT AV : 02/2023  
PPV : 47,00DH

LOT 200112 4  
EXP 02/2023  
PPV 47,00

52,90

LOT 200112 7  
EXP 02/2023  
PPV 47,00

52,90