

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

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.

## cique :

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.

## ntaire :

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- 057766

### Maladie

### Dentaire

### Optique *2069* Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *1178* Société : *R.A.M.*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *LAFAINDI MOHAMED*

Date de naissance : *01-08-1948*

Adresse : *Province el Jadida*

Tél: *0664163932* Total des frais engagés: *194 + 100* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR EL BELIDI Achia  
M. d'cinz Cinérale  
Injéctilé d' d' Couplet  
Colyc sole  
Hôp Ezzalain 1, N. 218 - El Jadida*

Date de consultation : *12/01/2021*

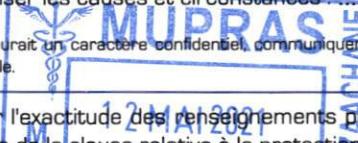
Nom et prénom du malade : *Lafraindi Mohamed* Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *mal d'entoux + maladie maladie*

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 : *EL Jadida* Le : *12/01/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *I. BOUACHACHE*

## 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
12/09/2011	Ca		100.000	DR. EL HADJ TITI Chah Medecin de la famille Injurius et insulte Coloc. 100000 Pay Esalam le 14/09/2011 El Sadidh

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	19/01/2011	404.00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



El Jadida le 12/01/2021 الجديدة في

- LA FRINDI Note

us, 30 x 5

1 Vendredi 2021



1 EFF vendredi 2021

58,40



2021 3.1 Vendredi 10,15

55,40 1 Samedi 2021 10,30

2021 15,15

15,15 1 Vendredi 2021 11,45

58,50 6/ Hydrex 500 mg

DR AICHA EL BELDI

Medecine Générale  
Infertilité du couple  
Colposcopie  
Hay Es-Salam 1 Imm 715 n°1 Etg 1 El Jadida  
Médecin: 0612.02.94.76

us, 40,00



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

### EFFIPRED 20 mg

PPV 58DH40  
EXP 07/2023  
LOT 06025 2

Lot : 0241  
À utiliser de  
préférence avant le : 03/2025

PPC : 79,50 DH

PER : 05  
LOT : 20E027  
SURGAM 200MG

CP SEC B20

P.P.V : 55DH40



LOT : 20E039  
TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



### HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50  
EXP 05/2023  
LOT 01009 3