

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **optique :**

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.

## **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- 058168

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9141

Société : RAM 73235

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAM OTHMAN

Date de naissance : 1964/13/08

Adresse : 132 9me Saint Omer belvedere Casablanca  
résidence dalya d'or 2<sup>e</sup> étage App. N°10

Tél. : Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/03/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la 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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

### 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
31/3/21	C.S.		322 Dhs	Dr. Mohamed Amine MARRAOU Traumatologie-Orthopédie Thérapie Chirurgie du Sport 105 Bd 2 Mars Rés Aymane AL Khair Casablanca Tél: 22 81 81 16

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BENNANI K. Abdellah 221, Boulevard Emile Zola Casablanca - Tel. : 05 22 83 83	31/03/2021	242H

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
31/3/21	220	ORTHO SCP Casablanca TP: 3446539 - ICE: 00186001500084	105,80 Dhs

### AUXILIAIRES MEDICAUX

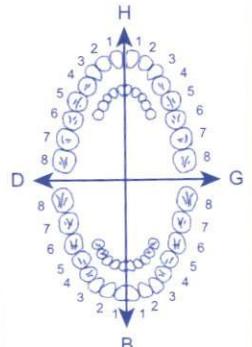
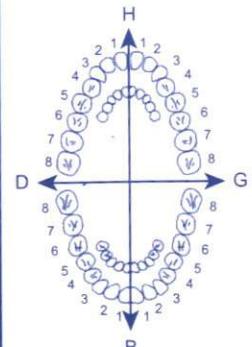
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX										
														
														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>										
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>	H	G	00000000	00000000
25533412	21433552													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
H	G													
00000000	00000000													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>										
				<b>DATE DU DEVIS</b>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز جراحة العظام و المفاصل والجراحة الرياضية  
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

Date : ..... / ..... / .....  
31/03/2021

## Ordonnance

MME BOUHZAM MINA

PPV: 22DH20  
PER: 03/23  
LOT: K649



PPV 22DH20  
PER 11/22  
LOT J3020

PUC: 198.00 DH

C100  
2023-09

- 22.00x2*
- Codoliprane 400 mg / 20 mg**  
1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 15 jours
  - NOCICEPTOL**  
1 APPLICATION, matin, soir, pendant , 15 jours
- 19.80  
242.4*

REV. 2020/05/08

Dr. mohamed Amine MARRAOUI  
Traumatologie Orthopédie  
Arthroscopie Chirurgie du Sport  
105.BD 2 Mars Rés Aymane Al Khaira  
Casablanca Tel: 05 22 81 51 16

صيدلانية امبلر زولا  
PHARMACIE EMILE ZOLA  
Dr. BENNANI K. Abdellali  
Boulevard Emile Zola 24 23 83  
Casablanca  
221, Boulevard Dr. Tél. : 05 22 81 51 16



## Ordonnance

1 = BOUHAÏA. Aïcha

cl

Rx sur genar ghr (F+/-) a charg :



Arthrose tissu continu

( ) inc + fint +++

Centre de Traumatologie et Chirurgie du Sport  
Casablanca Tel: 05 22 81 81 16  
Centre des Techniques Avancées AL Kheire  
Centre d'Orthopédie et de Médecine du Sport  
Médecin Orthopédiste MAMOUNE MAHPOUDI





مركز جراحة العظام و المفاصل والجراحة الرياضية  
Centre de Traumatologie-Orthopédie et Chirurgie du Sport

Date : ...../...../.....  
31/03/2021

# Ordonnance

**Facture N°: 609/2021**

Bénéficiaire : Mme Bouhzam Mina  
organisme: MUPRAS

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Pharmacie-Actes				
CNS	Consultation : DR MAHRAOUI MOHAMED AMINE	1	300,00	300,00
Rx	Radio	1	200,00	200,00
Total				500,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
cinq cents dirham(s)

ESPECES

ICE : 001860015000084 / TP : 34465339 / identifiant fiscal : 24858296

ORTHO'S SCP  
105, Bd. 2 Mars Rés. Aymane El Khair  
Casablanca  
TP:34465339 - ICE:001860015000084

---

105, Avenue 2 Mars, Casablanca - Maroc

Tél. : 0522 81 81 16 - 0522 81 81 17 - E-mail : orthoressport@gmail.com