

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 057973

73846

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03719

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHIHEB ABDELAKEF

Date de naissance : 10/03/1959

Adresse : HAY INARA RUE 26 N° 4 CASA

Tél. : 0663300048

Total des frais engagés : 1595,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2021

Nom et prénom du malade : Dr. chihab Rachida

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Age : 61

Nature de la maladie : Hôpital

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 : 00 JUIN 2021 Le / /

Signature de l'adhérent(e) : Ahmed BOUZIDI



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHARMAHNA 1075 HAMRA 2 AV AL 2018 TOUCH. CASABLANCA 10/06/2018	02/06/2018	1345,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## 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 des

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

## *Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*

## Hypertension Artérielle, ECG ( Tracé du cœur)

### **Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel**

## Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



الدكتور بن جلوان محمد كريم

ال اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

الضغط الدموي - الكوليستيرول

التخطيط الكهربائي، للقلب، المولدة

الفحص بالصدى

جامعہ پوردو

Casablanca, le :

02.06.2021

Casablanca, le :

J. Charles Rediske

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Co-aprovel 160mg/12,5mg  
b28  
P.P.V : 134,30 DH  
  
6 118001 0242

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat - R.P.1  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Aprovel 150 mg. cp b 28  
 P.P.V : 158,30 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg cp b 28  
P.P.V: 218,0 DH

6 118001 080908



A standard linear barcode representing the product information.

Levotyrox® 100 µg,  
Comprimés séchés B/30

7863160342

$$\overline{T} = 1345,20$$

28.00

28, 0°

**PHARMACIE CHAM CHAM 94110 S**  
N° 600 LOTS HAMRA 2 AIN CHOCK-C  
TEL:05 22 50 65 10 LOT N  
UT.

UT. AV.: 10 2 P.P.V  
LOT N°: 128291

~~79,00  
(Entgang  
Tel: 052252)~~

28.00

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie ( En Face du Concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38  
Ain Chok - Casablanca - Tél.: 0612 65 13 15 / 05522 52 57 45 - E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com