

# 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.

## 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

N° P19- 057973  
73846

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03719 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHIHAB ABDELKADER  
Date de naissance : 10/03/1959  
Adresse : HAY INARA RUE 26 N°4 CASA  
Tél : 0663300088 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 : M. Chihab Rachid Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HSD  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

# 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
02/06/21	CS + ECG	25	031	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/06/21

1345,20

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

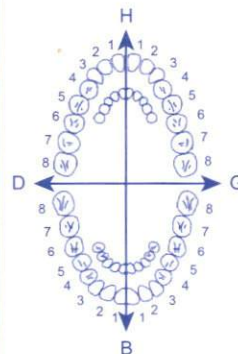
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	

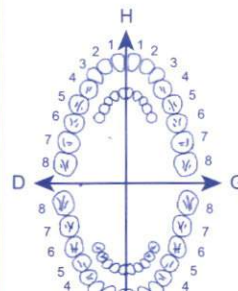
COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS





# Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

*Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*  
Hypertension Artérielle, ECG (Tracé du coeur)  
Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel  
Diplômé d'Echocardiographie Doppler  
BORDEAUX



# الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
والضغط الدموي - الكولسترول...  
التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر  
الفحص بالصدى  
جامعة بوردو

Casablanca, le :

02.06.2021

Chutes Recharge

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 081028

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 160 mg, cp b 28  
P.P.V : 158,30 DH  
6 118001 080892

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
6 118001 080908

(158,30 x 6)

(79,40 x 3)

(24,40 x 3)

(28,00 x 3)

Aprovel 158,30  
Cholesterol no investigation  
Levothyrox 100 µg, 100 µg  
Olmesartan 20 mg, 20 mg

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

T = 1345,20

PHARMACIE CHARM CHAMRA  
N° 600 LOTS HAMRA 2 ALI  
AIN CHOCK - C  
TEL: 05 22 50 65 10

UT. AV. : 10  
P.P.V  
LOT N° : 1 2 8 2 9 1 1

(En Paquet)  
Tél: 0522 52

28,00

28,00

28,00