

**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.

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0056335

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD

Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : N° 12 CITE LAYA ROUTE EL JABIDA CASABLANCA

Tél. : 0664350290 Total des frais engagés : 558 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/05/2021

Nom et prénom du malade : ENNEHAS FOUAD Age : 58

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

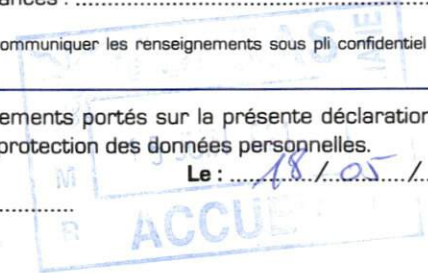
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : CASABLANCA Le : 18/05/21

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
18.05.2021			150 mt	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/21	607,90

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

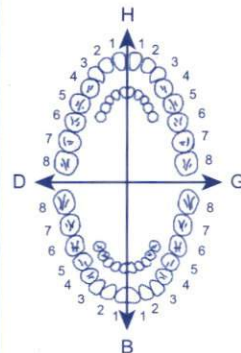
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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	

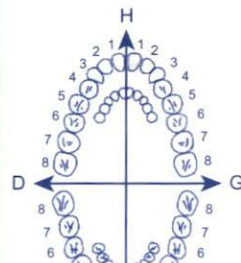
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



Docteur ABDOU Abdelfettah

Ancien Interne des Hôpitaux
de France

MEDECINE GENERALE
ALLERGOLOGIE GENERALE
ECHOGRAPHIE
PEDIATRIE

الدكتور عبده عبد الفتاح

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات
فرنسا

الطب العام

أمراض الحساسية و الضيقة
الفحص بالأشعة مافوق الصوتية
أمراض الأطفال

Casablanca, le : 18 05 2021 : الدار البيضاء في

PPV: 79.170
PER: 09/23
LOT: J2417

Docteur ABDOU Abdelfettah
Médecine Générale
Diwar El Wafa Imm. 10 N° 7
Bournazel - Casablanca
Tél: 06 69 85 85 02

ENNEMAS FORCÉS

407.90

AZIK

79.70

Budena

100 mg.09

Reumie

21.70

Stodal

Kardelic

75 mg 30.70 x 1

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V: 30DH70

6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca

Kardelic 75 mg. sac b 30
P.P.V: 30,70 DH

6 118000 061847

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca

Kardelic 75 mg. sac b 30
P.P.V: 30,70 DH

6 118000 061847

06 69 85 85 02 : الهاتف - الدار البيضاء - بورتال
Diwar El Wafa Imm 10 N°7 bournazel Casablanca - Tél: 06 69 85 85 02

LOT 0036P006

EXP 01/22

PPV:149DH00

↓
25,70