

# 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- 064176

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : SARRI Miloudi  
Date de naissance : 28/01/1962  
Adresse : 40 imp EL Wafa Derradja Berrechid  
Tél : 0668498354 Total des frais engagés : 250 + 914,20 Dhs

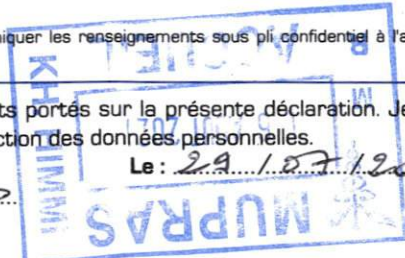
### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 09 juil 2021  
Nom et prénom du malade : SARRI ASSIA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : gatte  
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 : N.S.R. Le : 29/07/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Abderrahmane Berrechid  
Endocrinologue - Diabétologue  
Av. Allal Ibn Abdellah, Bât. Ibn Khaldoun  
Porte 4 - Berrechid - Tél : 0522 32 07 87





# 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
09 JUL 2021		5	250,00	Dr. Abderrahim BOUENNY Endocrinologue - Diabétologue Av. Alal Ibn Abdallah - Rés. Ibn Khaldoun Porte 4 - Benachid - Tél : 0522 32 87 87

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

09/07/21

9,16,40

062049176  
INPE

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abderrahim Bokhamy**

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES**

**Diabète - Obésité - Nutrition  
Cholestérol - Glandes - Stérilité  
Ménopause - Andrologie**

Berrechid, le 09 / 07 / 2024 برشيد في 09 / 07 / 2024

Sarai

Asf2

244x3 - Krovax 100 mg

1 - 2 - 3

105,02 x 6 - bigan for

15 x 24

105,20 x 5 - balafix ur D3. 15

15 x 21

914,20

ur de 3 mg



\* 061011375\*

LOT N°:  
UT. AV: 21093  
01/2024  
PPC (DH): 105,00

LOT N°:  
UT. AV: 21092  
01/24  
PPC (DH): 105,0

LOT N°:  
UT. AV: 21093  
01/24  
PPC (DH): 105,0

LOT N°:  
UT. AV: 21093  
01/24  
PPC (DH): 105,0

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
BLOC UN° 1 Deroua  
Dr. Abderrahim Bokhamy  
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE  
ET MALADIES METABOLIQUES  
INP : 061011375  
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104

LOT N°:

UT. AV:

PPC (DH):

21089  
01/24  
105,00



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

42,20

42,20

42,20

42,20

42,20