

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

84 308

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0056152

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9161 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Grans Rischim

Date de naissance : 29 07 1968

Adresse : 155 ESSALAM 16H 3MM 2AP

206 MILFA

Tél. : 0669775608 Total des frais engagés : 1983,55 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/09/2015

Nom et prénom du malade : Ceph. Rei

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Ceph. Rei

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) :



## 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
14-09-21	G		-300,-	<i>DR BOUELAZ EL HADJ NURCHIRURGIEN - EC Pte Ibn Chaud Maârif Tal 'Idraha na 14 AF 16 89</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BB Pharmacie Dar Assalam 22 Opération Assalam Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 93 22 31</i>	14/09/21	561,00
<i>Pharmacie ALBERT PERMIER Casablanca Tél: 05 22 44 60 75</i>	14/09/21	1122,00

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

## 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

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	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 BOUELFAIZ Mohamed**  
**NEUROCHIRURGIEN**

## Electroencéphalogramme . EEG

Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca  
Diplômé en neurochirurgie de la faculté de médecine paris - 5 - Descartes France



د. محمد بو الفائز  
اختصاصي أمراض وجراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري  
التخطيط الكهربائي للدماغ

**خريج كلية الطب بالبيضاء**  
**دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري**  
**جامعة باريس ديكارت 5 فنسا**

## Ordonnance

Le : 14. 9. 2021

M. Grava brachin:

561.02

✓ - Keppur

$$f(61,2) \times 2 = \sqrt{1122,8}$$



### Free-off label (vigne)

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 561,00DH

ID: 118001142606

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

Region de Rabat  
PPV: 561,00DH

ID:61142606

-6 "118001"142606

— 1 —

—  
—

### Peel-off label (vignette)

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat

Region de Rabat  
PPV: 561 000DH

ID:6  
11. V. 501,00DH

- 6 118001 142606

Digitized by srujanika@gmail.com