

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

85694

Autres

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053191

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7224 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HOUICHE AHMED

Date de naissance : 27 JUIN 1948

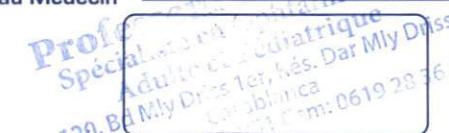
Adresse : 60 RUE IBNOU HALAKA RES = KENZA

BOURGOGNE - CASABLANCA

Tél. : 06 66 80 12 25 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/09/2021

Nom et prénom du malade : ABADAN TOURA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Algézie, asthme

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 : CASABLANCA Le : 17/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : 10

Autorisation CNDP N° : AA-A-215 / 2019

#### **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
21/09/2011	05+10 100%	10	400	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

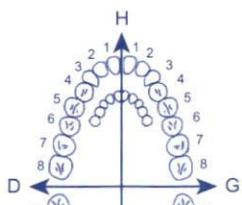
#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000



#### **(Création, remont, adjonction)**

# Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



## الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Le ..... 17/09/2021

INPE 091033084

### BON DE REGLEMENT

Reçu de ..... ABA DAN Touria  
Mr/Mme/Melle/ Enf .....

La Somme de ..... Quatre mille Dhs.  
..... + 400 + ..... Dhs.

Pour : ..... Consul. .... + ... Rais

Professeur Laila Rais  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> ét. - Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23 / GSM: 061 08 06 18  
Rés. Dar Moulay Driss, 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
Cacablanca

#### Consultation sur rendez-vous :

إقامة دار مولاي إدريس 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
Cacablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

المحمول: 06 61 08 06 18

05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

موقع الإلكتروني: Site web: www.prlailaraais.ma

الفحص بالموعد :

120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3  
دار البيضاء

Tél: 0522 86 41 23 / GSM: 061 08 06 18