

# 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 mois.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Retraité 889  
Déclaration de Maladie

Nº M21- 0050646

85719

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 889 Société : RAM Retraité

Actif  Pensionné(e)  Autre : 73 dn.s

Nom & Prénom : MARBOUÏ OMAR

Date de naissance : 27/07/47

Adresse : 14492 Nouzad Bloc 9 Fm 1 Cds 07

14492 Nouzad Bloc 9 Fm 1 Cds 07

Tél. : 0657930385 Total des frais engagés : 423.10 + 150.00 Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Dr. OUAJDI Soukaina  
Médecine Générale  
Hay Att Rrd 9 N°120, H.M  
Casablanca  
Tél. : 06 29 61 6 30

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/08/2021

Nom et prénom du malade : MARBOUÏ OMAR Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Arthrose Aigne

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/09/2021

#### **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
15/02/2013	1	150	150	DR M. BOUTEILLE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HUBERT Docteur Rue de la République Sarcelles	66/08/21	623,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 des

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
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

Docteur Soukaina OUAJDI

Médecine générale

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Echographie

Suivi de grossesse

Hypertension artérielle

Diabète

Echographie de la thyroïde



الدكتورة سكينة واجدي

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

الفحص بالصدى

تتبع الحمل

الضغط الدم

داء السكري

فحص الغدد الدرقية

05 22 61 61 30

PHARMACIE JANQUIER  
Halima Maouach  
Docteur Soukaina  
Rue 266 Avenue Hassan II  
H.M Casablanca Tel: 05 22 52 60 56

Le: 06/08/2016

29/08/2016 Mr JARBAOUI OMAR

① A2Ex Dop N°21 g att de 13g5  
37,60

② Néoplasme long 3x2 g att de 5g5

③ 69,00  
douleur sinus ieds x 313g

④ 31,00 x 3  
clartee n°2 15- att de 100g5

⑤ D-uree forte 130g18g5  
143g x 2

⑥ dol' genou Dop N°2  
n°2 741g

