

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

## **ditions 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.

## **phacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **adie 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**

Nº P19-0047301

86897

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 5429 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MEJJADI Miloud

Date de naissance : 1947

Adresse : 891 EL WAFA Djeroua

Tél. : 0659800598 Total des frais engagés : 163 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/02/21

Nom et prénom du malade : Robert Khodj Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Egair, cplxe

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 : Djeroua Le : 14/02/2021

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
11/07/21	11/07/21	150 au	150,00	INPE 062049176

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 062049176	11/07/21	150,00
INPE 062049176	29/07/21	345,00

### ANALYSES RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE 062049176			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
INPE 062049176						

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000		
00000000	35533411	00000000	11433553		
				B	
					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'EXEC



Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

## Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

Date: 14/09/23

Nom: Dr. Narjiss AMEUR

32.50

1st Diploma

legally leg.

Bei legally

Bei legally

89.50

2d Doxitane

15.30 Daptone

30/ Dione

84.50 Myo 93

10/ Neovimag

Prochain rendez vous: 14/09/23

281.80 540, تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة داخلية سابقا

بالمراكز الاستشفائية ابن رشد، البيضاء

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

## الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

ديبروزون 0.05

بيتاميتازون  
للهن فقط

LOT: 673  
PER: FEV 2024  
PPV: 32 DH 50

MSD

ALU DEROUA  
P  
Deroua  
320.85

Lot:  
À consommer de  
préférence avant le:  
PPC: 89,50 DH  
46A 0006F  
12/2023

Pharma  
Biot  
Télé

Composition:  
Paracétamol ..... 0,400 g  
Caféine ..... 0,025 g  
Prométhazine chlorhydrate ..... 0,005 g  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet noir : lactose  
Boîte de 20 comprimés  
AMM N° : 329 DMP/21/NCF

DOLAMINE®  
Boîte de 20 comprimés  
P.P.V. : 15,30 DH  
6 118000 190394

NEOVIMAG®  
MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6  
100 mg

Lot : NVM27  
À consommer avant le : 10/2023  
PPC: 84.50 DH