

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° M21- 0050220

91690

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAFRINDI MOHAMED
Date de naissance : 01-08-1948
Adresse : EL JADIDA
Tél. 0661463972 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL BELADI Aicha
Médecine Générale
Médecin Assermentée
Hay Essaiam I N° 715 - El Jadida
Date de consultation : 01/11/2021
Nom et prénom du malade : RABOUN ESSOYA Age : 1968
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle + hyperlipidémie
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 : EL JADIDA Le : 01/11/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/07/2022	G ₁		100 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2021	367,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

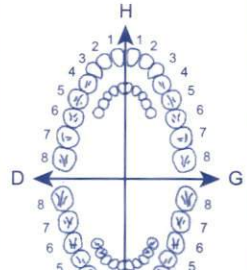
[illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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	



Dr AICHA BELIDI

Médecine Générale

D.U gynécologue obstétrique médicale
Infertilité du couple – Colposcopie
Faculté de médecine Mohammed V
Rabat-Souissi

الدكتورة عائشة البليدي

الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء و العقم
عند المرأة والرجل، الفحص بالمجهر
بكلية الطب جامعة محمد الخامس
بالبطاطة السويدي



El Jadida : 01/11/21 : الجديدة في :

RAMOUN ESSADYA

2-4-3

100 mg
Levothyrox



15-38x4

100 mg
Ventoline



100 mg

2h00/5/1

20,4°

30/1
Gastrogel



23,2°

30/1
Bouquet



23/15

38,5°

30/1
Siccaphor



21/5/8

30/1

30/1
Fungiliza

23/1



Dr. EL BELIDI Aicha
Médecine Générale
Médicins Associés
Hay Essalam 1 - El Jadida



SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



PPV 30DH50
EXP 04/2024
LOT 13034 2

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DKOUDI



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

gastrogel



Suspension flacon de 250 ml
P.P.V. : 20,40 DH



6 118000 190448

PPV 23DH20
EXP 03/2023
LOT 02004 2