

# 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.

## 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.

92022

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013299

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI Amin Date de naissance : 9.7.67

Adresse : 131 melarach SL SASA

Tél. : 06 61 32 44 95 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR. LAAYOUNI ABDERAHMANE  
MALADIES ET CHIRURGIE  
AGREE POUR DES YEUX  
8, Bd Yacoub El Mansour CASA  
TEL: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85*

Date de consultation : 01/08/2011

Nom et prénom du malade : SLAOUI HASNA Age : 44

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CONVACIVITE slg9

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 : RAM

Le : 3/10/21

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
11/09/2021		CS	250,0000	
12/09/2021				DR. ABDERRAHMANE CHIRURGIEN

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Code et Nom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE D.F. TIR Abdelaziz 38, Route Mly Thami Hay Hassani Tél: 0522 90 21 67 Casab	11-9-21	33.700 Dhs Tél: 0522 98 12 28

## 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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

**Important :** Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

ion)  
profession  
VISA ET CACHET DU PRATIC

ion]  
profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Achésie  
Prise en charge

Hecglamathion

Prise en charge

**Docteur Abderrahman LAAYOUNI**

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agree pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

**الدكتور عبد الرحمن لعيوني**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب العين - ليز - أنجيوجرافيا

خريج جامعة منوفولي

أستاذ مساعد سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



**LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE**

Casablanca, le ..... 01/09/2021 ..... الدار البيضاء، في

Mme

SLAOUI

HASNA

2340

op lipes

**أوبتيريد**  
**Optipred**

Lot: YL 0187  
Fab: 10 20  
Exp: 10 22  
PPV: 23 DH 40

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. TIR Abdellaziz  
SV 58, Route Mly Thamid Hay Hassani,  
Tel: 0522 90 21 67 Casablanca

mais

PPV: 10DH30  
PER: 03/24  
LOT: K935

**Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN**  
**MALADIES ET CHIRURGIE**  
**DES YEUX**  
**AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE**  
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 98 14 85 / 0522 98 10 28

05 22 98 14 85 / 05 22 98 10 28 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف:

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3<sup>ème</sup> Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85