

# 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.

## **Pathologie 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.



92930

**Déclaration de Maladie : N° P19-0003473**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 551 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : VEUVE

Nom & Prénom : FAZROUN RKIA Date de naissance : 01/01/1967

Adresse : 173 SAFI 2 BLEU JED SAFI

Tél. : 0661587973 Total des frais engagés : 297,70 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

**Dr Hakim Soudi**  
**Maladies des OS et des Articulations**  
**Diabétologie et Nutrition**  
**Médecine Générale**  
**N°9 Qu l'hôpital Av My ABDELLAH Saf**  
0524 630487

Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : FAZROUN RKIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ANM

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 : 22/11/2021

## 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
31 08 2021	C		150,00	Dr. S. ABDELLAH Safi Médical Articulation Dermatologie et Générale 524 630487

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE GUERAOUI</b> Bled El Jad Azib Derai - Safi Tél: 05 24 52 61 63	31/08/21	147.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 qu  le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 | 21433552

00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANTS  
DES BONS

DATE DU  
RETOUR

# Docteur HAKIM SAOUDI

Diplômé en :  
Maladies des os et des articulations  
et de la colonne vertébrale  
Diabétologie  
Nutrition  
Médecine générale  
Médecin agréée pour la délivrance du certificat  
d'aptitude à la conduite  
electrocardiogramme



# الدكتور حكيم سعودي

حاصل على دبلومات جامعية في :  
أمراض العظام و المفاصل و العمود الفقري  
أمراض السكري  
التغذية  
الطب العام  
طبيب معتمد في اعطاء شهادة الكفاءة  
لرخصة السياقة  
التخطيط الكهربائي للقلب

## ORDONNANCE

Safi; le :

31 AOUT 2021

أسفي، في:

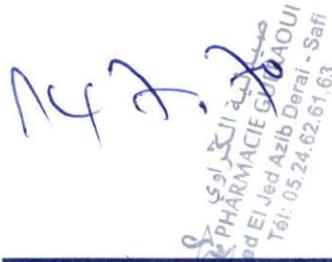
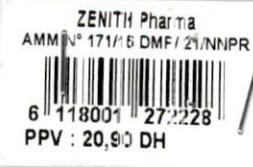
Fayha N  
LH

Lot / Batch n°:

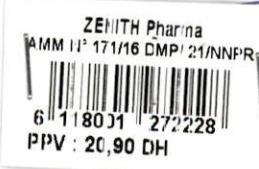
Exp. date

20465  
08/2022  
85,00

PPC (DH):



20,90 x 3 wit D Bon  
Teneur / 20g X 3



85.00  
21 Oxy  
up L

Dr Hakim SAOUDI  
Médecin généraliste  
Spécialiste des OS et des Articulations  
et de la Nutrition  
El Jed Azib Derai - Safi

9, المستشفى شارع الأمير مولاي عبد الله - آسفى المحمول: 24 06 06 24 86 24 الهاتف / الفاكس : 05 24 63 04 87  
INPE:111208203 9, Quartier l'hôpital, Avenue Moulay Abdellah, Safi Tél / Fax: 0524630487 GSM: 06 06 24 86 24