

# 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.

## 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 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.

## 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- 0011396

95035

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8639

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HALKAOUI MY A.B.DELLAH

Date de naissance : 08.01.1972

Adresse : Rue Sidi El Massaoudi 157 Bled el der  
CASABLANCA

Tél. : 0673 72 15 10 Total des frais engagés : 1384,12 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2019

Nom et prénom du malade : M HAKIMY Abdellah Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : SL Auxo de gen

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 : CASABLANCA

Le : 01/12/2019

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
2011-09-177			13800 M	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/09/11	1037.70

## **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.

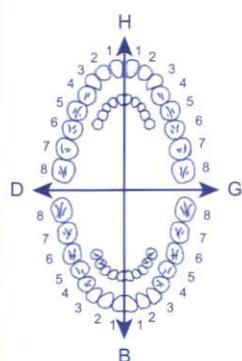
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

#### VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Clinique  
Villa des Lilas

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LABABI LAHALOU  
Casablanca, le 29/09/2021  
Rés des Jardins de California 2<sup>e</sup>,  
Bd. des Feuilles 1m. 1 Casablanca  
Case 2, Tél: 05.22.21.98.94

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 501,00 DH  
ID:647626  
6 118001 142491

Hokkami my 1

~~31/11/21  
03/12/21~~

501.00 X 2

Wellbutrin XL 2mg

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 501,00 DH  
ID:647626  
6 118001 142491

LOT 211953 1  
EXP 17/2024  
PPV 35,70 35,70

~~03/11/21  
03/12/21~~

-

0

35,70

Mfar 0,1 ( )

15

= 1037,70

0

1/4

Opér 41 ym

Le 11/11/2021 à 18:00

Dr EL KARO, Médecin Psychiatre  
Médecin Psychiatre  
Clinique Villa des Lilas  
Angle rue Anfa Clubs et rue des Plate formes  
Tél. : +212 522 774 170 - Fax : +212 522 051 520

Clinique Villa des Lilas. Projet Casa Anfa, Angle rue Anfa Clubs et rue des Plate formes 1. Casablanca 20200. Maroc  
Capital : 10.000.000 Dh • ICE : 001740813000078 • RC : 358865 • IF : 40238961 • TP : 36002344 • CNSS : 8596283

Tél : +212 522 774 170 • Fax : +212 522 051 520 • E-mail : contact@villadeslilas.ma

www.villadeslilas.ma • [1@cliniquevilladeslilas](mailto:1@cliniquevilladeslilas)