

# 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 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.



Maladie

Dentaire

Optique 101398

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8310

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANAR ABDELWAHAB

Date de naissance : 81.11.51

Adresse : ETAB. HABIB 129 CASA EL OULFA

Tél. 06 70 35 18 33 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr. Nissrine AFFANE

Médecin Généraliste  
Ikamat AL Amal Gh4, Imm. 13  
N°1 RDC El Rahma - Casablanca  
Tél: 06 63 53 29 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23.12.2021

Nom et prénom du malade : HADAR LATIFA Age: 64 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
23.12.2011	Consultation	1	12000	Dr. A. F. A. - Généraliste - 4, Avenue de la Gare - 33200 BORDEAUX Signature : A. F. A. - Date : 29/01/2012 Signature : A. F. A. - Date : 29/01/2012 Signature : A. F. A. - Date : 29/01/2012 Signature : A. F. A. - Date : 29/01/2012

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE ANNASSIM</b> Lot Habiba N°62/2 Oulfa <b>ASABLANCA - Tel: 05 22 90 39 12</b> INPE: 092010552 ICE: 002042097000024 <b>092010552</b>		

## 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	

## 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Docteur Nissrine AFFANE

Médecine générale

Echographie

Electrocardiogramme

Ex. Médecin interne au CHU ibn Rochd

Ex. Médecin à l'hôpital Hassani



الدكتورة نسرين عفان

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

طبيبة سابقا بمستشفى ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca le ,

23/12/21  
لا تغير تاريخ الفحص

Haber Tatife

OS mal long ep  
Neph (100)  
Depot in my TEP (100)

25,90

NO-spafore

100

Vit D3 5000  
B6 500  
Lamp (x1)

20,90

DR. Nissrine AFFANE  
Médecin Généraliste  
Khalil Al Amal J11  
RDC Al Rahma, Casablanca  
Fix 05 22 65 71 02. GSM 06 63 53 29 45

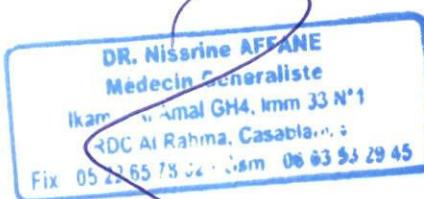
إقامة الأمل، ج 4 عمارة 33 الشقة رقم 1، مدينة الرحمة، الدار السعدية

Résidence Al Amal G H 4, imm 33, N°1 ville Errahma, Casablanca

0663.53.29.45 0522.65.78.02

122,50

Zolusen  
Nefk (Dr)



P.P.V : 20,90 DH

