

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

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.

## aire :

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.

## die 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- 0059242

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 202102585 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zouine Abdellah

Date de naissance : 15/16/1968

Adresse : 27 Rue Ibn Zohra AL Kattani G. Bousquet Casablanca

Tél. : 065.890.33.71 Total des frais engagés : 79,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade :

Age : 73 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : 14/12/2022

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/2022	79,50

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

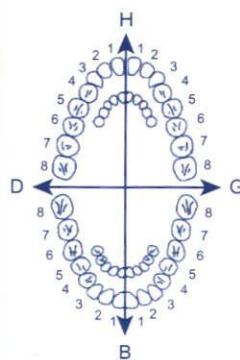
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>

**COEFFICIENT DES TRAVAUX**



**MONTANTS DES SOINS**



**DEBUT D'EXECUTION**



**FIN D'EXECUTION**



**COEFFICIENT DES TRAVAUX**



**MONTANTS DES SOINS**



**DATE DU DEVIS**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412   21433552
D	00000000   00000000
B	00000000   00000000
G	35533411   11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Pharmacie NARJIS

SKALLI ZAKIA

## FACTURE

Page :1

N° FACTURE :476116

Date : 14/02/2022

Client :

ZOUIN ABDELKARIM

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
ZETALAX 6 MICOLAVEMENTS	1	79.50	79.50
		<p style="text-align: center;">S.V</p> <p style="text-align: right;">Lot : 068 À utiliser de préférence avant le : 09/2026 PPC : 79,50 DH</p>	

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : SOIXANTE-DIX-NEUF DIRHAMS 50 CTS

Bon rétablissement

patente 35803244

CNSS 1129908

identifiant fiscal 40900380