

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

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.

## ntaire :

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.



# Déclaration de Maladie

Nº M21- 069999

Optique *105266*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2545* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *JALIL MOHAMMED*

Date de naissance : *01-01-1953*

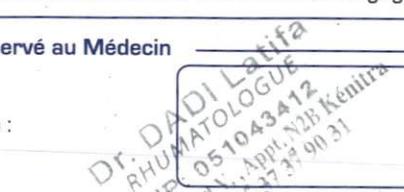
Adresse : *97 RUE SOCRATE MAARIF CASABLANCA*

Tél. *0670 566416* Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNIDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *26/01/2022*

Nom et prénom du malade : *JALIL FATHI* Age : *58ans*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *RHUATISANTE*

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
26/11/2022	62	1	300.000,-	D. DADI LATI RHUMATOLOGUE INP. 05 204 34 17 Hôp. Méd. 1, Appt. N° 8 Kenitra Tél. : 05 37 37 90 31

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MASJID ARBAHMA</b> Oujih Bloc H N°156 Tizi Ouzou 05 05 37 35 57 00	26/07/22	133,60

مسجد رحمة  
RMAGIE MASJID ARRAHMA  
Oujih Bloc H N°155 L.H 34 بوجدة  
05 37 35 57 00

INPE : 052067683

## **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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The upper arch has teeth 1 through 8, and the lower arch has teeth 8 through 1. A vertical line labeled 'H' at the top passes through the midline of the upper arch. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'G' on the right passes through the midline of the lower arch. A diagonal line labeled 'P' at the bottom passes through the midline of the lower arch.

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **Docteur Latifa DADI**

الدكتورة لطيفة دادي

Ep. MESTARI

## SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

**Ex-Chef des Services de Médecine et de  
Rééducation Fonctionnelle  
à l'Hôpital El Idrissi - Kénitra  
161, Bd. Med V. 1er étage, App. N°2B  
Kénitra - Tél : 05 37 37 90 31**

INP 051043412

Kénitra, le 26 d. 2022

Am Jasil  Fatin A.

133,60  
Drie veen



أولاد العزيز بن شرقي ARRAHMA  
صياغة ملبياً مسجدة  
CIE N° 155 H. N° 03 37 35 57 00  
Ouled Djinn Blida