

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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- 0057358

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445 Société : RAM (07199)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K. Bernada TAOUAD

Date de naissance : 13.07.56

Adresse : Ha bituelle

Tél. : 0629465965 Total des frais engagés : 1187 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Signature de l'adhérent(e) : A.B.

## 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
<b>Pharmacie HAY OTHMANE</b> <b>Ahmed MANSOUR</b> <b>24, Rue Tiziout - Lot 45</b> <b>Hay Othmane - BOUZNIKA</b> <b>Tél. : 05 37 74 30 53</b>	07/03/2022	 <b>1187, ls</b> <i>Pharmacie HAY OTHMANE</i> <i>Ahmed MANSOUR</i> <i>24, Rue Tiziout - Lot 45</i> <i>Hay Othmane - BOUZNIKA</i> <i>Tél. : 05 37 74 30 53</i>

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## LEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature d

### Important :

veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que les résultats de l'IRM si applicable.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAIL
		$  \begin{array}{r}  H \quad 25533412 \quad 21433552 \\  D \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  B \quad 00000000 \quad 00000000 \\  \quad 35533411 \quad 11433553  \end{array}  $		MONTANTS DES SOINS
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

SA ET CACHET DU PRATICIEN A

180

HONORAIRES			
Actes	Unité 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
<b>Pharmacie HAY OTHMANE</b> <b>Ahmed MANSOUR</b> 24, Rue Taznit - Lot 45 Hay Othmane - BOUZNIKA Tél. : 05 37 74 30 53	07/03/2022	1187.00 Pharmacie HAY OTHMANE Ahmed MANSOUR Taznit - Lot 45 BOUZNIKA 05 37 74 30 53

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du oratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients		Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom 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 d

### Important :

veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que les résultats de la radiographie de la racine.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml, Inj b6, sty  
P.F.V.: 744,00 DH

## Pharmacie hay Othmane

N° de Facture Kabailou Berrada Jaouad

Patente N°39809612/Tel : 0537743053

Pharmacie HAY OTHMANE  
Ahmed MANSOUR  
24, Rue Tiznit - Lot 45  
Hay Othmane - BOUZNIKA  
Tél : 05 37 74 30 53