

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

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- 3052566

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3055 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : QAROUNI DRISS

Date de naissance : 22/04/58

Adresse : 10 Rue Ibn Toumte HAY RYAD

B FENECHID

Tél : 0666013208 Total des frais engagés : 328,5 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2022

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Tuteur Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DIABETE AVEC ENCEINTE

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 : Bezethiaid Le : 01/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : M.

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
01/03/2022	CS	C2	200 DH	
01/03/2022	ASPIRATION KS		100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Antonio M casaparacanisa 39 Bd Tolosa 33000 Toulouse</i>	1/31/2011	287,60

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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO - FACIALE

VERTIGE - RONFLEMENT

Chirurgie Endoscopique

du nez et de l'oreille

Surdité, Implant Cochléaire

Acouphène,

Pathologie de la voix

Goiitre, Allergie

الدكتور عصام

أمراض و جراحة

الحجرة، العنق

الدوخة، الذ

جراحة الأنف و

الصمم، زراعة

رئتين الأذن

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

88,50



DATE :

١١/٣/٢٠٢٢

DR ISSAM BARAKA

MOTOFAT



28/3 2022 - 31/3

Dr. Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE VERTIGE
33, Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance
Casablanca Tél. 0522 26 54 75



جزء 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO - FACIALE

VERTIGE - RONFLEMENT

Chirurgie Endoscopique

du nez et de l'oreille

Surdité, Implant Cochlear

Acouphène,

Pathologie de la voix

Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأنف . الأنف

الحنجرة، العنق و الوجه

الدوخة، الشخير

جراحة الأذن و الأذن بالمنظار

الصمم، زراعة قوقعة الأذن

رتين الأذن

اضطراب الصوت

الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : _____

01/03/2022

NOTES D'HONORIAIRES

NOM ET PRÉNOM DU MALADE: QAROUN DRISS

**LE DR ISSAM ESSALKI VOUS REMERCIE ET VOUS
PRESENTÉ LA NOTE DE SES HONORIAIRES POUR**

**L'ACTE : ABLATION D'UN BOUCHON CERUMEN
(ASPIRATION).**

COTATION K5

HONORAIRE 100 DH

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE CENT DIRHAMS.

تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com