

# 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.

## Diagnostique 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.

## Rééducation :

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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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 : N° P19- 0014944

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7086 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JEMEL HASAN Date de naissance : 01/01/57  
Adresse : TL Wafa H 237 DEROUA  
Tél. : 0662135066 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, App 121  
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

Date de consultation : 23/10/19

Nom et prénom du malade : JEMEL HASAN

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète Coitu opéré

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 : CASABLANCA Le : 23/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVÉ 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
23/10/19			300 DH	Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appt 121 Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

23/10/19 398,10

## 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 des Honoraires Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

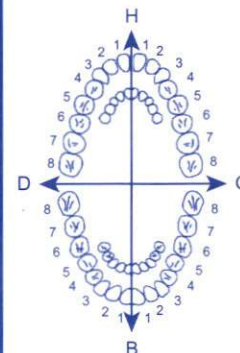
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

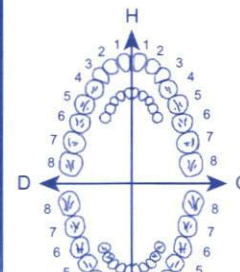
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS





Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد  
و السكري و التغذية

Sur Rendez-Vous

Casablanca, le .....

28/10/19

Mr

JEMEL HASSAN

REGIME SANS SUCRE

DIAMICRON 60

2 comprimés

LEVOTHYROX 100

1 comprimé

LEVOTHYROX 25

1 comprimé

METFORMINE WIN 500

1 comprimé

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Docteur BENLALLA EL GHORFI Fatima  
Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Nutrition  
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121  
Ain Chock, Casablanca - Tel : 0522 870 890

بالمعد

COOPER PHARM  
PPV : 6,80 DH  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 6,80 DH  
7862160335

COOPER PHARM  
PPV : 6,80 DH  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 24,40 DH  
7862160334

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 24,40 DH  
7862160342

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV : 24,40 DH  
7862160334

24,40

le matin

24,40

le matin

le matin

24,40

midi et soir

394,10

10140

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

~~10140~~



10140

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

~~10140~~



10140

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

~~10140~~



10140

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

~~10140~~



10140

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

~~10140~~





10140

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

~~10140~~



78,70

'242600060-02

78,70

'242600060-02

78,70

'242600060-02