

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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	1061	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Lafjouri Youssef	
Date de naissance :		01.02.1949	
Adresse :		Tunis Adref	
Tél. : 2666405005		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخروبي
باب مخلف، خبير لدى المحاكم
60-طريق مولاي التهامي
(قرب مستشفى الحسني)
مارولا - الحسي الحسني - الدار البيضاء
290 97 66 - 022 90 44 11

Date de consultation : 09 MAI 2019

Nom et prénom du malade : Lafjouri Nohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

</div

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin الإقرار بتحصيل المدفوعات أو استئناف المدفوعات
09 Mai 2023	ا		<p>دبي مصلحة ضريبة القيمة المضافة 60, برقم الاكتتابي رسالة من مصلحة الضرائب الإجمالي المدفوع رسالة من مصلحة الضرائب إجمالي المدفوع 2.00 ٩٧ ٥٦</p>	BNF - 09106966

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LA SOURCE DT. EL MOURADI MOUNA 6-7 RUE DE L'ASSAS CPT - Casablanca T: 05.22.36.21.40	09/05/13	12204-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

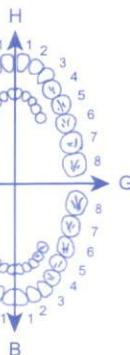
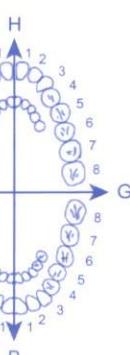
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف
خیر لدی المحاک

Casablanca, le : 09 MAI 2023 في : الدار البيضاء،

A handwritten prescription slip for Galvus MET 50 mg. The prescription includes the patient's name (LAJOUSET), date (390, 9/13), and a circled identification number (GGD3K). The medication is listed as Galvus MET 50 mg. Three barcode labels are present, each with a unique identifier (6 118001) and the product information: GALVUS MET® 50 mg/1000 mg, Boîte de 60 comprimés pelliculés, PPV : 390.00 DH.

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMNI MOUAN
6-7 Rue Ain Ascerdoune
CIL - Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.60

2. Sejcev възможност
514-14 квартал

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUINI MOUMA
6-7 Rue du Hassan Dey
Casablanca
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.25.61

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail: drqza@gmail.com