

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.

Educateur :

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.

Maladie :

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

N° P19- 0038422

ND: 30067

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2063 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) Autre
Nom & Prénom : M. Moutaz Lwir
Date de naissance : 06 JUN 2020 1953
Adresse : Hay AL Moutaz Sidi Bernoussi 20632 DCY
Tél : 06 71 12 72 56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 04 / 2020
Nom et prénom du malade : M. Moutaz Lwir Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Asthme ou Diabète
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 / 04 / 2020

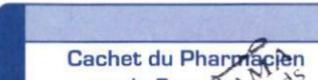
Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

| 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 |
| 28/04/20 | G | 1 | 150 | Dr. Abdessami BENADADA Médecine Générale et du Sport 28, Mouharaka Oud Sidi Bernoussi Casablanca - tél : 0522 73 95 06 |

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Dr. Abdessami BENADADA
Médecine Générale et du Sport
26, Moubaraka Oud Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 0522 73 96 06

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 23/4/20 | 109,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

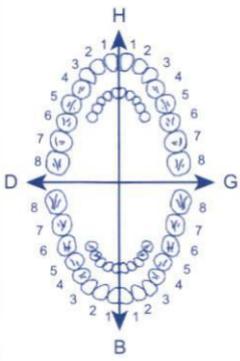
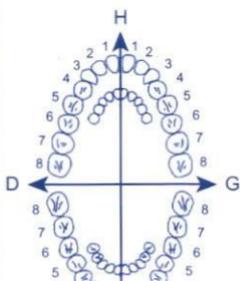
Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

[illegible][illegible]

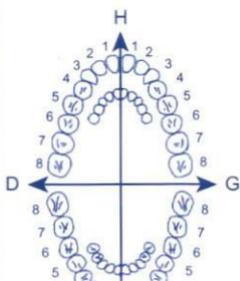
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 | | |
|--|-------------------|---------------------|-------------|---|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> | |
| | | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> | |
| | | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

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

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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

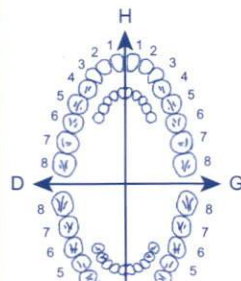
[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Dr. Abdessamī BEN ADADA

Médecine Générale

Médecine du sport

Echographie Générale



الدكتور عبد السميع بن اعدادة

الطب العام

الطب الرياضي

الفحص بالصدى

Casablanca, le : 29/04/2022 الدار البيضاء في:

109,00



- D Stress Gp

[Signature]

[Handwritten signature]

Lot: DS09/19

DLC: 09/2022

P.P.C : 109,00 DH

صيدلية أسامة
PHARMACIE OUSSAMA
18 Imm. Moubaraka Hay Al Qods
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 73 57 37

Dr. Abdessami BENADADA
Médecine Générale et du Sport
28, Moubaraka Qods Sidi Bernoussi
Casablanca - tél : 0522 73 96 06

26 زنقة نابلس ش 1 حي امبركة القدس سيدي البرنوصي البيضاء
26 Rue Nablos App 1 Hay M'barka El Qods, S Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 73 96 06 - Gsm : 06 61 07 24 12