

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.

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- 049426

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

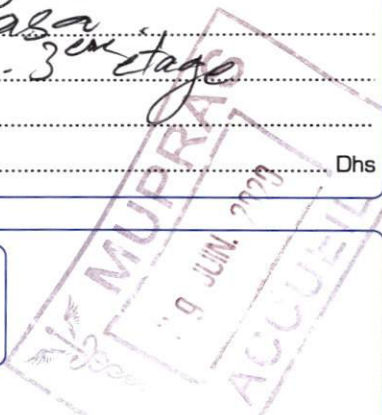
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406 Société : RAM 2 30730
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELBTAOUNI RACHID
Date de naissance : 16/04/1976 Casa
Adresse : Des Andalousse 3 n° 40 - 3^{ème} étage
La Grotte Casa
Tél : 06 58 91 3186 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux
	H	
	D	G
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	Date du devis
		Fin de

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-384081	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-384081

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	11406
Nom & Prénom		ELBJAOUNI RACHID	
Fonction	Resp Financier	Phone	06-58-91-31-87
Mail		ELBJAOUNI@royalairmaroc.com	
MEDECIN	Prénom du patient ELBJAOUNI Rachid		
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age 7 ans
Nature de la maladie		Date	29/06/20
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Diabète et Hypertension Artérielle
Asthme et Allergies
Electrocardiogramme



أمراض السكري و الضغط الدموي
أمراض الضيقة و الحساسية
التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le 29/6/2020 في الدار البيضاء،

Cher confrère
je vous adresse bien sûr
avec de tout bon cœur
pour un ECG (désolé
de mon TH neurologique).
Un Amis Cardioréa et
ne cessera de rayonner
à Tunisien antérieur.
Cordialement

2020-02-18 21:14

ID:

Nom:

Sexe/Age:

Fréq. Ventricul. 93 bpm

8110 Rythme sinusal

Intervalle PR 127 ms

1010 ** ECG normal **

Largeur QRS 93 ms

Durée QT/QTc 355/443 ms

Axe P/QRS/T -02/ 78/ 37 °

Amplitude RV5/SV1 1.43/ 0.50 mV

Amplitude RV5+SV1 1.93 mV

Rapport non confirmé, revu par:

10mm/mV

5mm/mV

V1

V4

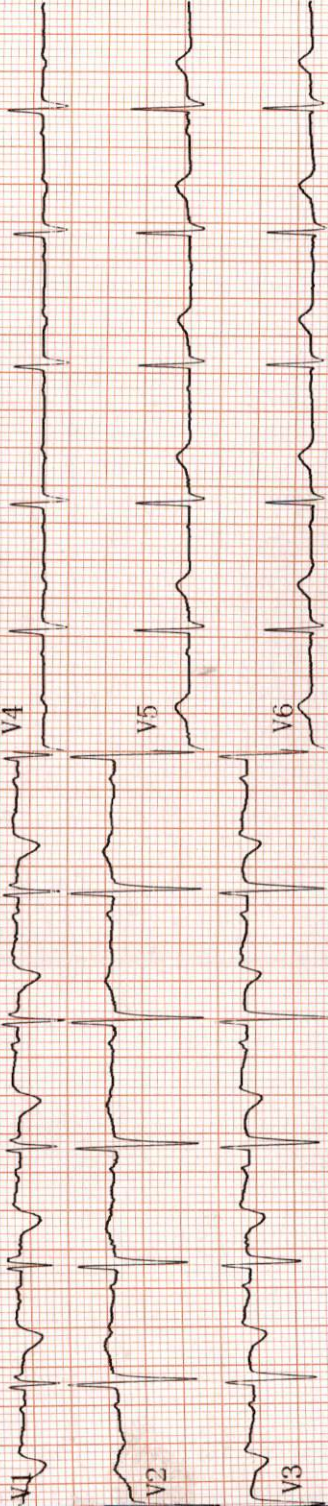
V2

V5

V3

V6

V1.01F



10mm/mV

10mm/mV

I

aVR

II

aVL

III

aVF

25mm/s

Filter : 0.5-35Hz

Medinova Industrial

ECG-9803

CardioPro