

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.

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.

tique :

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.

adie 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 P19- 062624

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1273 Société : RAM 35835

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ahmed MANSOUR

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : LISSEASFA LOT AGENCE URBAINE N°46 CASE

Tél. : 0669113067 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/07/2020

Nom et prénom du malade : AHMED MANSOUR Age : 71

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cystite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
21/07/2021	C		1500	 Dr. Farah Salam

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Mme DINAR Aziza Lotissement Youssra, Lot 10 Zoubir - CASABLANCA Tél. 05 22 93 26 75	27/05/2024	Dr. Mme DINAR Aziza Lotissement Youssra, Lot 10 Zoubir - CASABLANCA Tél. 05 22 93 26 75

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				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 l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr AMAL DALIL

Médecin Général

06 12 87 43 26

06 94 30 32 51

د. دليل أمال

طبيب عام

06 12 87 43 26

06 94 30 32 51

Casablanca, le :

27/07/2020

AHT 100

PANSOR

(109,70) + 3.00 Dar l-flo 94

100 /

(66,30) 3.00 Dr. H. of a 51

PHARMACIE AL QODDAD
Dr. Mme DINAR Aziza
Lotissement Youssra, Lot 115,
Zoubir, CASABLANCA
Tél: 05.22.93.26.75

PPV: 109DH70
PPV: 109DH70
PPV: 109DH70

66,30
66,30
66,30

PHARMACIE AL QODDAD
Dr. Mme DINAR Aziza
Lotissement Youssra, Lot 115,
Zoubir, CASABLANCA
Tél: 05.22.93.26.75

588,00

DOCTEUR DALIL AMAL
MEDICINE GÉNÉRALE
GH34 Imm 46 App 1 El Yousra - RDC - Farah Assalam - Casablanca

GH34 عمارة 46، شقة 1، مشروع اليسر - طابق سفلي - فرح السلام - الدار البيضاء
GH34 Appt 1, Imm 46, OP El yousra - RDC - Farah Assalam - Casablanca