

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Médecine 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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

Déclaration de 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- 0041389

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 09364 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZAIKH. Oman

Date de naissance : 29-02-1972

Adresse :

Tél. : 06641452445 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Professeur A. REFAEE
Chirurgie et Traumatologie
Orthopédie Pédiatriques
237, Boulevard Zerktouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 09 - Fax: 05 22 ... 20 09
E-mail: a.refae@... .com .a*

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 FEV. 2020

Nom et prénom du malade : ZAIKH Ismail Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : scoliose lombaire gauche

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 : Casab

Le : 27/08/2020

Signature de l'adhérent[e] :

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
FEV 2020	C3	1	300,00	Professeur Chirurgie et Orthopédie Pédiatrique 237, boulevard Zertouni - Casablanca tél: 05 22 94 10 00 - Fax: 05 22 94 10 00 e-mail: a.chebbi@casamail.ma

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11422552

(Création, remont, adjonction)

5

1

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 26 FEV 2020

ZAIKH. Ismail

A hælles auti - halles valgus : 1 peine

8 mois tars 18 mois : 1 peine

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumato-Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 94 20 00 - INPE : 09119495
ICF : 001679391000063

Cabinet : Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.942.009 - e-mail : a.refass@gmail.com

Clinique : 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028