

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.

adiologie 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.

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.



40192

Déclaration de Maladie : Nº P19-0007209

Maladie

Dentaire

Optique

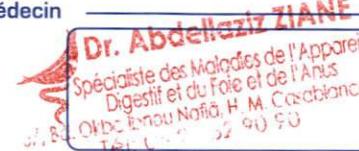
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : —
 Nom & Prénom : AZIZ BOUCHTAIE Date de naissance : 04/08/1957
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0664074077 Total des frais engagés : 649 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/09/2020

Nom et prénom du malade : LAHAROU B. ZATHRA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Stéatose hepato-jylith

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 : 05/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

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
05/09/2020	C3	(+)	#300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur :	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GIAOPRANE Bloc C, Rue 2 N° 11 Al Qods - Bernoussi 022-73-26-31- Casab	05/09/2022	3449,000

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled D (upper left), C (upper right), B (lower right), and A (lower left). The teeth are represented by circles with numbers indicating their position in each quadrant.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet d'Hépato-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 05/09/2020

Mme LAHROUB Zohra

57, Bd Okba Ibnou Nafâ,
Hay mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziiane@yahoo.fr

852

CARBOLIDER

1 gélule, 3 fois par jour après repas



BODY DETOX

1 ampoule, 1 fois par jour, après repas



Fibroscopie
Diagnostique
etc.



264,00

349,00

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

PHARMACIE GHOFRAINE
Bldg "C" Rue 2 N° 116
Al Qods - Bernoussi
Tél.: 022.73.26.31- Casa

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

