

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.

Biologie 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 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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 510

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL RHAZI OMAR

Date de naissance :

10/04/1985

Adresse : 2, Allée de l'Andalousie, Résidence Picasso,

Appt 35, 5 ème Etage

Tél. : 06 44 03 63 31 Total des frais engagés : 480,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد العزيز هشادي
Doctor Abdellaziz HACHADI
Pediatre
16, Rue Chagha Acheikh Palmiers
Casablanca

Date de consultation : 24/09/2020

Nom et prénom du malade : EL RHAZI ALI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Toux chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : 29/09/2020

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
24.09.2020	Cn		200.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Angle Rue de la CEDRE	24.09.2020	200.000
Quartier Abdou		
Te 002017342		

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				DEBUT D'EXECUTION
FIN D'EXECUTION				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H		G		
25533412	21433552	00000000	00000000	
00000000	00000000	35533411	11433553	
D		B		
00000000	00000000	00000000	00000000	
35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Abdelaziz HACHADI

Pédiatre

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
16, Rue Charam Acheikh (Ex. Hassan Ziaty)

Palmiers - CASABLANCA

Tél.: 05 22 98 92 81

Email : ahachadi59@gmail.com

الدكتور عبد العزيز حشادي

أخصائي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بباريس

نرم الشيخ (حسان زياتي سابقا)
النخباء - الدارالبيضاء

الهاتف: 0522989281

البريد الإلكتروني : ahachadi59@gmail.com

Casablanca, le : 24.05.2020

EL RAYA zi - Ali

~~880,000) \times 1000 m³~~ (80%) \times 1000 m³

الدكتور عبد السزيز حشادي
Docteur Abdessi HACHADI
Pédiatre
16, Rue Cheikh Achelkh, Palmiers
Casablanca 10000
Tél: 052 81 82 81

Pharmacie du CEDRE
CHRAÏBI Khalil
Docteur en Pharmacie
n^ole Rue Ben Ali Mohamed Abdou
Quartier Palmera - Casablanca
Tél: 0525 25 14 57
INPE: 022017342

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 280,00 DH
ID : 644415R2

118001 140701

INPE : 091070011

5

IF : 42400066

1

ICE : 001868241000015