

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.

Pathologie 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 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 055615

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10538

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Noureddine ABDELAZIZ

Date de naissance :

30/10/1967

Adresse :

680, lot hadi Fateh APP n°6
OULFA CASA

Tél. : 0661622237

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/10/2020 | E | | 200,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| | 06/10/2020 | 183,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | 06/10/2020 | | | | | 500,00 |

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 | Coefficent | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXÉCUTION |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXÉCUTION |

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | 21433552 |
| 25533412 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | B |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

FACTURE N°:

007230

Date :

13/10/2020

Mr : A.Boulkisich Halika
Docteur : Halika Bouksim

Type des Verres : Progressif Antireflets
multi-couche Amincir 2700DH

Monture : optique 800 DH

*Vision de Loin :

OD Axe 102° Cyl -0,25 Sph +1,00

OD Axe Cyl Sph +0,50

*Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OD Axe Cyl Sph

Add : add : OD +1 +2,00

Montant : 35 000DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Trois Mille Cinq Cent DJ

N° 425 Centre -Ville Bd Anglais - Casablanca
ICE : 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

كتابه بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

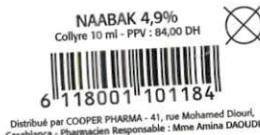
الختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر....

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS

Casa le : **06 Octobre 2020**

Mme ABOULAICH Malika



Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.00 (- 0.25 à 102°)

OG = + 0.50

VP :

ODG = Add : + 2.00

~~OPTIQUE MILIEU POUR CENT~~
~~OPTICIEN~~
~~OPTOMETRISTE~~

NAABAK

1 gte x 4/j, les deux yeux, 1 Mois

STE PHARMACIE HAMZA
CAS. ANCA
Bd. Haj Tahar Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 24
SV

2) Phylarm Selina
Ocular 2x10ml
N30

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11