

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.

Radiologie 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° W19-570068

47372

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8577 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : AHIR HABIBA

Date de naissance : 15 Novembre 1964

Adresse :

Tél. : 0679767979 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza Bachir
Médecine Générale
20, Boulevard Hassan II - Berrechid
Tél. : 05 22 32 53 59

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2029

Nom et prénom du malade : HABIBAH

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Enfant

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 : / /

ACCUEIL

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
02/10/2020	C		150,00	INP : 0610016714 Dr. Hamza Bachir Médecin Général Bachir

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Doucet Rue ASSAS 64 BERRECHID Tél : 05 22 32 84 94	02/11/2022	165,95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
D				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS

Dr HAMZA Bachir

Médecine Générale

Diplômé en Diabétologie
 Diplômé en Diététique Médicale
 Diplômé en Médecine du Sport
 Diplômé en Médecine du Travail
 Diplômé en Expertise Médicale
 Expert auprès des Tribunaux

الدكتور حمزة البشير
 الطبع العام

دبلوم جامعي في داء السكري
 دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية
 دبلوم جامعي في الطب الرياضي
 دبلوم جامعي في طب الشغل
 شهادة جامعية في الخبيرة الطبية
 خبير طبي محلق لدى المحاكم

ORDONNANCE

Berrechid le : 02/11/2020 برشيد في :

Nom & Prénom : حمزة بشار البشير

Lot n°: 190819
 À consommer de préférence avant le: 12/2022
 PPC : 79,95 DH

Oxantin®
A base d'oléins naturels

79,95

1 Oxantin 29

46,00

2 Strivil 29

S.P.

LOT: 0300
 PER: 09 2023
 PPV: 46.00DH

حالات التعب
 أمبولة 20
 بدون سكر

ستيروول
 ملاط السيتريولين

T. 125,95

Visite de contrôle le :

20, Bd HASSAN II, Tissir 1, Berrechid 1, برشيد ، شارع الحسن الثاني، التسيير 1

المحمول : +212(0)661 232 174 • GSM : +212(0)522 325 353 • الهاتف / الفاكس : +212(0)522 325 353

E-mail : b.hamza55@gmail.com البريد الإلكتروني :

Dr. Hamza Bachir
 Médecine Générale
 20, Boulevard Hassan II - Berrechid
 Signé : Dr HAMZA Bachir