

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 0034794

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1625

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MIKOU Abdelilah

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 52 Bd Abdelradi Boutaleb Résidence

Salsabila - CASABLANCA

Tél : 0642778402

Total des frais engagés : 978,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

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 : CASABLANCA

Le : 25/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Tél : 05 22 36 18 68 - Casa

25/02/2020

978,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

REL.

DES FRAIS ET HONORAIRES

Le patient est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

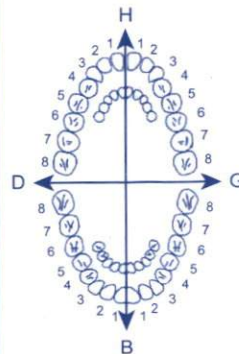
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

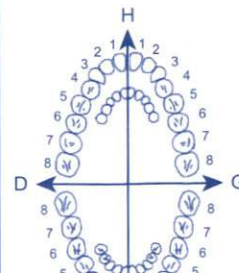
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Pharmacie du C.I.L.

BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Angle BI Ghandi
CASABLANCA
Tél. :36-18-68
94-06-43
IGR :40909030
Patente :35806319
CNSS : 2107036
RC : 218524

صيدلية سيال

بنبراهيم ثورية

100, شارع ابن سينا
زاوية شارع غاندي
الدار البيضاء
الهاتف: 36.18.68
94.06.43:
الضريبة العامة على الدخل: 40909030
البتان: 35806319
السجل التجاري: 218524
ص.و.ض.ح: 2107036

ICE: 001660452000032

FACTURE

004983

Casablanca, le 25/02/2020

Mr

Nikou Abdelilah

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
02	Trajecta 5 mg	374,00	748,00
02	On Call extra	115,00	230,00
			978,00

صيدلية سيال
Pharmacie C.I.L.
BENBRAHIM Touria
100, Boulevard Ibn Sina
Tél : 05 22 36 18 68 - Casa

Avez la présente facture à
la somme de neuf cent soixante
dix huit dirhams.

6 118001 040773

TRAJECTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01

On·Call®
Extra

Blood Glucose Test Strips

REF G135-10H
= 115,00

On·Call®
Extra

Blood Glucose Test Strips

REF G135-10H
MODEL OGS-191
= 115,00

6 118001 040773

TRAJECTA® 5 mg
(Linagliptine)
28 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 374 DH 00
10010704/01