

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

iologie 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 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.

ladie 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 : 1625 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIKOU Abdeljalil

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 52 B² Abdellahadi Boudaâeb - Résidence

Sapsafila - CASABLANCA

Tél. : 0 64 2 778 402 Total des frais engagés : 978,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Signature de l'adhérent(e) : SMN

Le : 25/02/2020

N° = 23200

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0034794

MLD en V/ possession

Optique

Autres

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie C.I.L BEN BRAHIM Touria 100 Boulevard Ibn Sina Tel : 05 22 35 18 68 - Casa	25/02/2020	978,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

Phase

RE

DES FRAIS ET HONORAIRES

Le **BE** bien 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 d'explorations.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

 UNIVERSITÉ DE GENÈVE Faculté des sciences	 ÉCOLE POLYTECHNIQUE FÉDÉRALE DE LAUSANNE Institut de physique théorique
 UNIVERSITÉ DE LAUSANNE Institut de physique théorique	 UNIVERSITÉ NEUCHATEL Institut de physique théorique

صيدلية سيدال

بنبراهيم ثوريه

شارع ابن سينا 100

زاوية شارع غاندي

دار البيضاء

36.18.68

الهاتف: 94.06.43:

الضريبة العامة على الدخل: 40909030

البيانات: 35806319

السجل التجاري: 218524

ص.و.ض.ح: 2107036

العنوان: Casablanca, le 25/02/2020

ICE: 001660452000032

FACTURE

004983

Mr

Nikou Abdelsloh

Quantité	DESIGNATION	Prix U	TOTAL
0.2	Morinda 5 mg/pc	374,00	748,00
0.2	On Call extra	115,00	230,00
			978,00



Amenez dans une pharmacie la facture à
la fin de deux cent soixante
days mit bilan.

