

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.

Diagnostique 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.

Maladie :

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° P19-0031217

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1118 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LOUGANI Mohamed
Date de naissance : 30-06-40
Adresse : Hay El Hachoua Rue 12 N°1 ct 1
Tél. : 06 76 35 19 64 Total des frais engagés : 394,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/01/20
Nom et prénom du malade : Lougan Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Traumatisme poignet
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 : CASA

Le : 30/03/20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

30/01/2020	C		80,00	
------------	---	--	-------	--

ORDONNANCES

Cachet du Praticien ou du Dispenseur

Date

Montant de la Facture

30.01.20

164,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

30/01/2020 215

150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

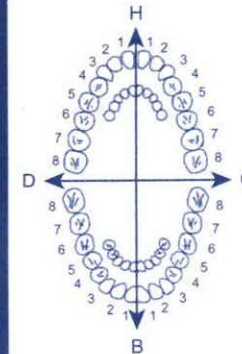
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

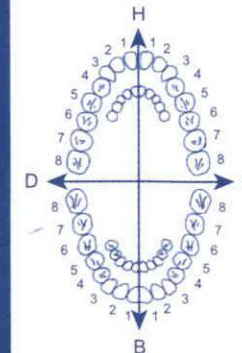
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET

وصفة
ORDONNANCE



Le 30/01/2020

Louani Mohamed

13,20

1/ Algik

63,90

2/ Biprofenid

86,90

164,00

3/ Degor 20

1 p 2 après repas

2 p 2 à jeun



LOT N°: 190944
PER : 01 - 2021
PPV : 86,90 DH

وصفة
ORDONNANCE



Le 30/01/2020

Langoni Mohamed

Rx. poignet
gauche TP

Signature of Dr. Taleb

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef											
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux											
20100 CASABLANCA											
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020											
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058											
N° IPP : 1130505		N° SEJOUR : 200008535		FACTURE N° 2005005377		DATE D'ENTREE : 30/01/2020		DATE DE SORTIE : 30/01/2020			
ASSURE :				DESTINATAIRE : LOUGANI,Mohamed							
MALADE : UGANI,Mohamed											
NOM : E FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
		CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE .					TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS					PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 30/01/2020					EDITEE LE : 30/01/2020	PAR: MOURAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA					N° DE POLICE :					DATE AT :	
					Réglement à effectuer à l'ordre de :					POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef	
					BANQUE :					BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA	
					N° compte bancaire :					011 780 0000 70 210 00 60 028 31	

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1130519	N° SEJOUR :	200008552	FACTURE N° 2005005384		DATE D'ENTREE : 30/01/2020		DATE DE SORTIE : 30/01/2020			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : LOUGANI,Mohamed					
MALADE : LOUGANI,Mohamed											
NOM JEUNE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE		C	1.00	80.00	80.00					0.00 80.00	

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE		TOTAUX :		80.00						80.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :			AVOIR :	
				RESTE DU:		80.00					
DATE FACTURE : 30/01/2020		EDITEE LE : 30/01/2020		PAR: FENANI		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :			
						Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
						BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
						N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			

