

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

adiologie 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.

éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19- 050816

Optique 59490 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : HACHAFI ABDELLATIF

Date de naissance : 11-09-59

Adresse : TETOUAN

Tél. : 0529134223 Total des frais engagés : 390,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOUHAIL REGAGUI
CHIRURGIEN UROLOGUE
INPE : 161252978

Date de consultation : 18/01/2021

Nom et prénom du malade : CHAFI Yasmine

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie : Gaoule urinaire

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 : 12/01/2021

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
19/01/2021	Centrale	5000	5000	Dr. SOUHAÏL REGAÏD CHIRURGIEN UROLOGUE INPE : 161252978

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES 8, AVENUE DE LA LIBERTÉ 92110 CERNAY Tél. 01 46 33 12 12 Fax 01 46 33 12 13 Site Internet : www.cernay.fr	19/01/2011	B 350	390 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Dr. Souhail REGRAGUI

Chirurgien Urologue
Andrologue

Mlle CHAFI Yasmin
01-11-2003 F



الدكتور سهيل الركراكي

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى
المستاذ آبولي و الأعضاء التناسلية

- دبلوم في سلطانات المسالك البولية - جامعة باريس
- دبلوم الجراحة بالمنظار - جامعة الرباط
- دبلوم الإيكوغرافي - جامعة الرباط



18/01/2021

NOM PRENOM : * chafi yasmin - A11043 *

1/ NFS

2/ GLYCEMIE A JEUN

3/ UREE ET CREATININE (sang)

4/ TP

5/ ECBU +/- antibiogramme



Dr. SOUHAIL REGRAGUI
CHIRURGIEN UROLOGUE
Av. des FAR, Résidence Opéra, Bloc A3
Bureau N°5, Tétouan-Tél.: 05 39 72 67 33
INPE : 161252978



Dr. CHAOUI Tarik | Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 19-01-2021

Heure : 11:09

Né(e) le : 01-11-2003 (17 ans)



Mlle CHAFI Yasmin

Dossier N° : **2101190053**

Date de l'ordonnance : 19-01-2021

Prescripteur : Dr REGRAGUI SOUHAIL

TETOUAN le 19-01-2021

FACTURE N° : 2101190053

Récapitulatif des analyses			
Analyse	Clé	Coefficient	
Prélèvement sanguin	E	20	
Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E	25	
Créatinine	B	30	
Glycémie	B	30	
Numération formule	B	80	
Urée	B	30	
Examen Cyto Bacteriologique Urines + ATB	B	140	
Taux de prothrombine	B	40	

TOTAL DES B 350 B

TOTAL DOSSIER 390 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **trois cent quatre-vingt-dix dirhams**

