

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.

Diagnostic 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.

Maladie chronique :

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- 065350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12/16 Société : RAM (60862)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SARAHOUY Mohamed

Date de naissance : 31.6.1946

Adresse : 14 Rue MARILLON VAL FLORE

CASA

Tél. : 05 22 99 2401 Total des frais engagés : 1163,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : RAHMA EL FARAO Age: 73

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Vertige Sursut

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 : Le : 23/12/2021

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
11/12/20	C2+K95		300,00	Dr. CHRAÏBI Spécialiste O.D.F. 0522 25 25 99/05 22 98 48
	Ande gène		+ 600,00	
	Infusion Gène		7900,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE GHARBI Dr. EL KADRI AGUEDA Docteur en Pharmacie Rue Jaber Al Anani - Dera Gharbi Tél: 05 22 25 28 51	11/12/20	269,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

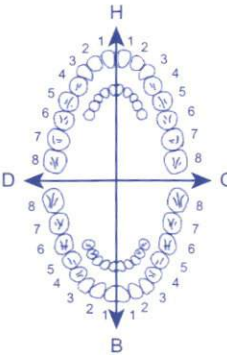
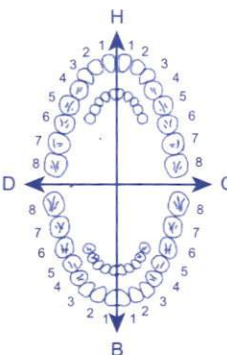
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. CHRAÏBI Mohamed Chakib

**CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE**

Angle Bd Abdelmoumen et
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)
3ème Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشرايبي محمد شكيب

عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة الوجه و العنق

82، زنقة سومية - شارع عبد المومن

عمارة رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 11/12/2016 في الدار البيضاء

El TARD Roshe

13480

1) Anestropyl No.

51,00

28 100

PHARMACE CHALLER
Dr. EL KADRI AGUEDACH Laila
Docteur en Pharmacie
Rue Jaber Al Ansari - Dar Challer
Tél.: 05 22 25 26 19

28 100 + 81

263,00



Dr. CHRAÏBI Mde. Chakib
Spécialiste O.R.L.
Tél: 0522 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Decay

TYMPANOGRAM

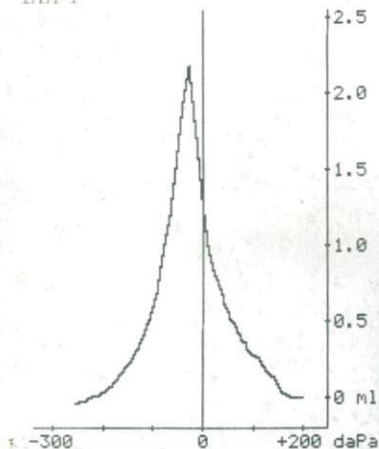
Name

Yue ELIARD RABIN

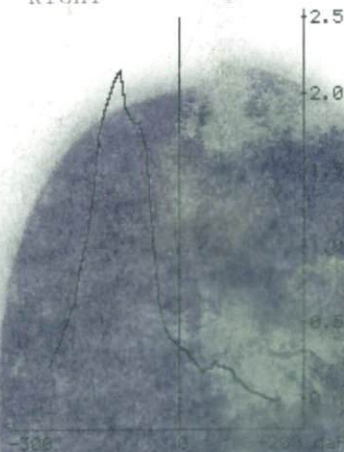
Date

11/12/20

LEFT



RIGHT

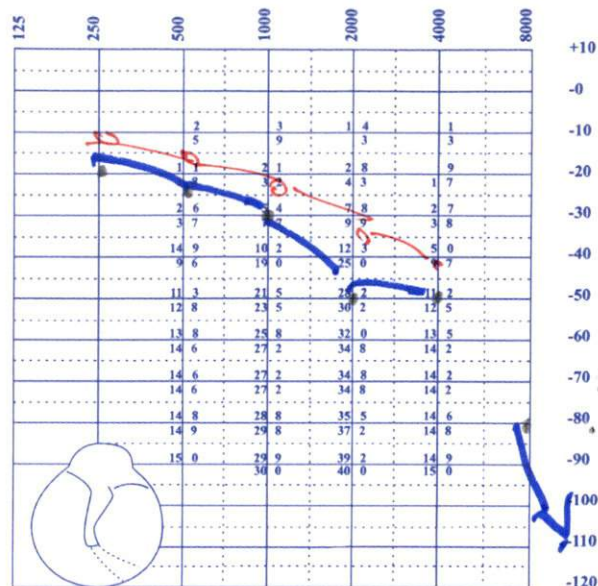
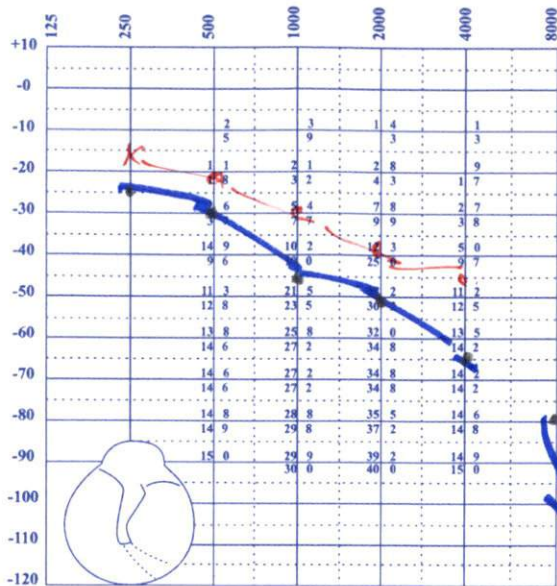


Volume 1.98 ml
Compliance 2.19 ml
Pressure -27 daPa

Freq.
Level

Hz
dB

Hz
dB

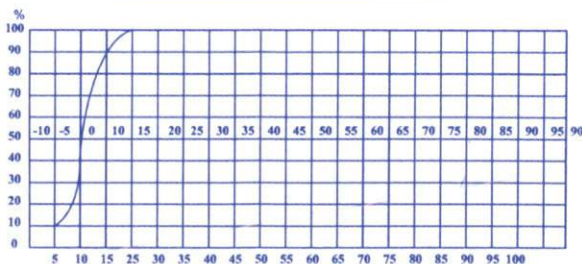
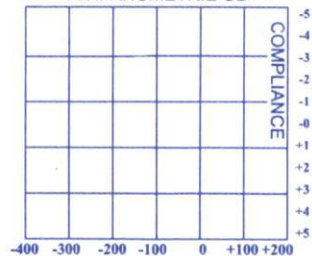


Bing

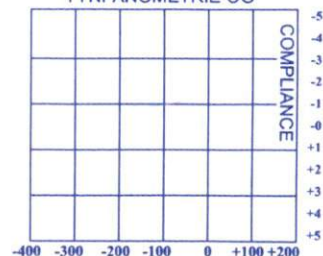
Bing

Bing

TYPANOMETRIE OD



TYPANOMETRIE OG



Nom... EL FARO

Prénom... RABHA

Age... 74 ans

Profession...

Adresse...

Date... le 11/12/20

AUDIOGRAMME

OBSERVATION :

— Soudet bilatéral

— Vertige

— ACo

—

— tympan Normal

CHRAÏBI Mger Ghak
Spécialiste O.R.L.