

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

itions 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.

tique :

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.

ntaire :

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

Nº P19-0041711

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2741

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFID Ahmed

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : Rue 1 N° 43 El havda Benrechid

Tél. : 0668640833

Total des frais engagés : # 649201 Dhs

+ 593 DRA 84235

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/1/2021

Nom et prénom du malade : BAYI Hafid Age: 1954

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 : Benrechid

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/01/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/12/2021	A	150,00		
30/12/2021	CA	0		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ASMOUN Samir Docteur en Pharmacie Rue ASSALAM Hay Al Houlli BERRECHID Tél : 05 22 32 84 04	25/12/2021	499,30
	30/12/2021	593,05

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BERRECHID Tél : 05 22 32 84 04			

AUXILIAIRES MEDICAUX

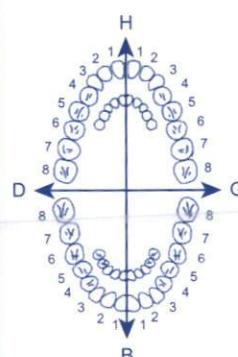
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université
de Rennes en France

ICE : 002027784000027

Berrechid, le



لـدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الـ

حاصل

من PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Solthema-Bouakoura

PPV 188,00 DHS

6 118001 072844

Bayi EP Haf d Amin

188,00

Piасcledine 300
amide

188 per 3
pm

2) Promartial

188 legin
per 3
pm

3 x 68,10

3) Tenoretic
77,75 188
comme
per 3
pm

4) Trivim
188 legis
lesoni

0676.45.48.49 - المحمول : 0522.32.44.55 - الأول برشيد - الهاتف :

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrechid - Tél.: 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

Von El-Centre :

77,75 DH

Lot : 25032020B

Per : 03-2023

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université
de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة مني تميم

طب العام

الفحص بالصدى

طب الشفط

حاصلة على الدبلوم

رسانة

IN

144,50
144,50
144,50
144,50
144,50

Berrechid, le

25/1/2021

رشيد

BAYiqtahfi d Amine

S.V.

2x 144,50

ESal doms

Température

18,68

Per 18 sem

2) vitamenvifort

S.V.

85,00

N 8 a 37

S.V.

-75,00

oxygène simple

S.V.

4) Nofyl a 30

ASMOON Samir
Docteur en Pharmacie
Rue SALAM Hay Al Houda
BERRECHID

زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 76.45.48.49
Rue Tariq Ibnou Ziad 1er étage Berrechid - Tél.: 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

NOFYL
LDTU : 15/3/2020

DUO : 06/2023
PPC : 75,00 DH

PHARMA CONNECT

23,50
5) Migréline 3g
PPV 21DH50
PER 09/22
LOT 12637
721,50

T. 499,30

ANNAPHARMAIE ARABIA
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
RUE ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 84

DOCTEUR
SAMIR ASMOUN
RUE ASSALAM
BERRECHID
05 22 32 84 84

S.V.