

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 M20- 0001024

6 419

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2483 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Safir Abellach
Date de naissance : 30/08/1948
Adresse : Wilaya III Rue Souk N° 42 el ouf, Casablanca
Tél. 0662 70 48 34 Total des frais engagés : 52,10 Dhs

Autorisation CNCDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 le 10/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : Safir Abellach



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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Dounia Erha</p> <p>299 Rue 64 El Wifak 3</p> <p>El Oulfa Casablanca</p> <p>Tel.: 05 22 91 51 34</p>	05/03/2021	52,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DOUNIA ERAHA SARLAU
BENYAHIA TABIB DOUNIA
RUE 64 N°299 WIFAQ 3 OULFA CASABLANCA

Tél : 0522915134

Patente N°: 35065673
N° R.C. : 369135
Compte :
CNSS : 2362739
Id.Fiscale : 20739649
ICE : 001840763000065

Le : 05/03/2021

MR SABIR ABDELLAH

FACTURE : 5589 du : 05/03/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	AUREOMYCINE OPHT 1% PROM	10,00	30,00	7,00%
1	FELDEN 20MG 5CPS DISP	22,50	22,50	7,00%
	Total TTC		52,50	
	Droits de timbre		0,00	
	Net à payer		52,50	

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	49,07	3,43	52,50
		49,07	3,43	52,50

Pharmacie Dounia Eraha SARLAU
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca
tel.: 05 22 91 51 34



LOT:20057
PER:12/23
PPV:100H00

FELDENE 20mg PROGAM
UT. AV.: P.P.V.:
05 23 22,50
LOT N°: 12345678
09366060/7

LOT:20053
PER:11/23
PPV:100H00

LOT:20057
PER:12/23
PPV:100H00