

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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 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°D N° P19- 066342
74775

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10523 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAFID ABDULKARIM

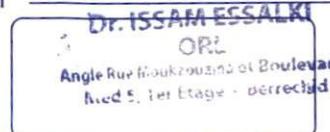
Date de naissance : 11/16/1

Adresse : H 182 LOT ELWAFA DEROUA BERRECHID

Tél. : 0677622294 Total des frais engagés : 640,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2021

Nom et prénom du malade : SALMA EL HAFID Age : 30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : PAHADOL A.G.E PHARYNGE

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 :

Le : 1/1/2021

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
27/05/2011 CS	CL	0,50	100	Dr. ISCAH CRP Angle Prostatactique 1er Etage Huy, 27/05/2011

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE HAY ESSALAM</p> <p>Lot Hay Essalam 2</p> <p>Berroua - BERRECHID</p> <p>Tel: 06 23 97 07 78</p> <p>Mob: 06 23 97 174</p>	27/06/21	640,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	G
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS



DATE :

28/09/2011

Salma. EL HAFIDI

40,50 x 6

① Transf from 8

79,50 x 5 28/7 ml 3 mm

② 5183 mm

30g/14/7 ml 3 mm

640,53

PHARMACIE HAFIDI
Lot. Hay Essalam 2
Deroua - BERRECHID
Tél: 06 23 97 07 76
IN.PE: 062055174

01/1/2011 10:00:00
0522321575 0577142261
MOSAIC SYSTEMS BOUTIQUE
BOUTIQUE BOUTIQUE BOUTIQUE



تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

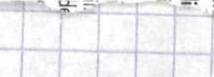
Distribué par COOPER PHARMA



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

PPV : 40,50 DH

D3 NORM
100 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

D3 NORM
00 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

79,50 DH

01/2024

on sommer

int le:

200885

D3 NORM
00 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

D3 NORM
00 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 632675

200885

01/2024

on sommer

int le:

79,50 DH