

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

litions 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.



77802

Déclaration de Maladie : Nº S19-0003704

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2273 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K. Belghiti - A Date de naissance : 17/09/52

Adresse :

Tél. : 06 66 19 85 59 Total des frais engagés : 301,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

maladie
Chronique

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 : Le : 23/06/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Scanner

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
 PHARMACIE DE LA MIA DULOUX Docteur El Hachemi Mucie 9 Lot A Adarissa Sidi Maârouf 0522 93 52 25 Casablanca	23/06/2021	301.00

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper arch is oriented with the mesial side at the top and the distal side at the bottom. The lower arch is oriented with the mesial side at the bottom and the distal side at the top. The teeth are numbered according to the FDI system. Key anatomical features labeled include:

- H**: High point of the dental arch.
- D**: Distal point of the dental arch.
- C**: Mesial point of the dental arch.
- B**: Low point of the dental arch.
- W**: Buccal (outer) side of the dental arch.
- M**: Lingual (inner) side of the dental arch.
- P**: Palatal side of the upper dental arch.
- V**: Vestibular side of the lower dental arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



PHARMACIE IBN TAIMIA
LOT ALADARISSA N°119 SIDI MAAROUFCASA

**PHD MICROBIOLOGIE
DEUSt Dermopharmacie et Cosmetologie
DEUS Pharmacie Clinique**

R.C :337980 Patente:36102085
T.V.A :77300610 C.N.S.S:2300771
Banque:013780010710002170014148
Tél :0522335225

Le 23/06/2021

FACTURE N°288714

N° ICE : 001683360000085

N° IF : 77300610

BELGHITI ABDERRAHMANE

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	HEXOMEDINE TRANSC	14,00	28,00	1,83	7,00
1	RYZODEG FLEXTOUCH 100UI	273,00	273,00		

نزو ميدين ®

الجلد

بلاستيك

14.00

A 290

مل 60 مل

نزو ميدين ®

عابر للجلد

إكزامدين

14.00

قارورة 60 مل

صيَّدة لة ابن تَمِيمَة

PHARMACIE IBN TAIMIA

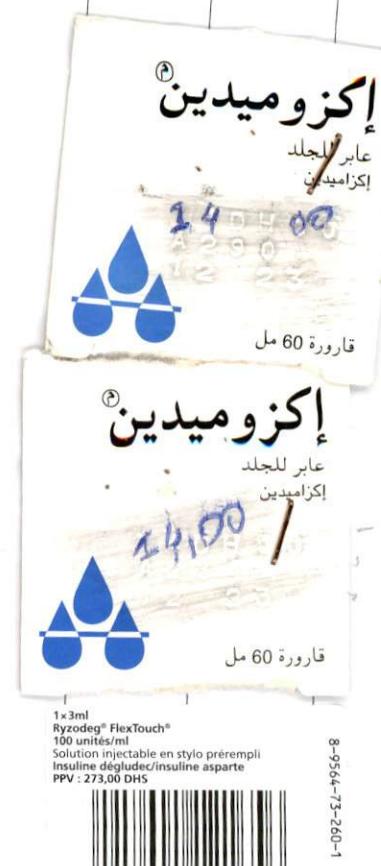
FOUQUES Aïderranimo

Dermopharmacie

N° 112 Lot Al Adraia Sidi Maârouf

Casablanca

Tél 0522 33 52 25



TOTAL T.T.C :

301,00