

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.

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 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6183 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAYDOURI KAMAL

Date de naissance : 18/07/1961

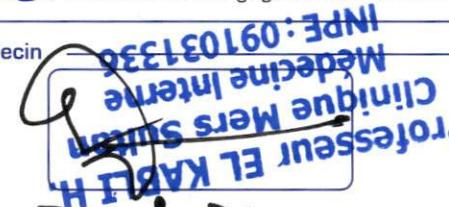
Adresse : Quartier des Hopitaux Angle Sétta et Provence

Im. El Ap. 11 CASABLANCA

Tél. : 06 61339012 Total des frais engagés : 981 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 94/05/2020

Nom et prénom du malade : Elmi Baydouri fathia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Lymphosarcome

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 : 24/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : CY

Déclaration de Maladie

Nº P19- 054722

ND 881576

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
24/5/21	C3		410 DH	<i>Professeur EL KABIR H. Clinique Mers Sultan Médecine Interne INPE : 091031350</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE PUISSANCE PHARMA Angie Place et Rue Sidi Maârouf Casablanca - Tel: 0522 28 05 86 TP: 346472771 - IF: 14447437 CNSP: 9318053 - RC: 285647 ICP: 00018967800003</i>	24/05/2021	58100

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			1

AUXILIAIRES MEDICAUX

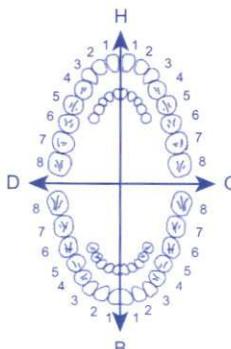
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

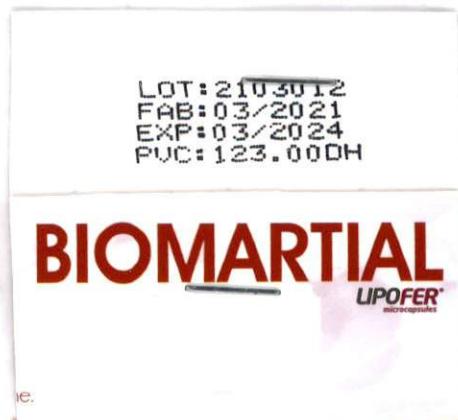
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				



Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le

24/05/20

الدار البيضاء، في

Mme Optim Baydouri Samira



Mme 208.00	Optimi Baydouri Samira	24/05/20	(2280 x 2)
1) Coveten 5 45.60	5/5	4/1 x 2	
2) Cortamyl 5 21.50	2,5 ml / i	x 3ml	
3) Calmifor - 44/1	- 44/1	x 2ml	--
4) Cellupar 25. 123.00	44/1	4/1	
5) Bio Montreal 204.40	166 x 2/1	x 2ml	(5110 x 4)
6) Plaquenil 200 14/1	200	24/1	
7) Erayl 250 581.00	14/1		

PHARMACIE
PURGANCE-PHARMA
Angle Place et Rue Sidi Abdellatif
Casablanca - Tel: 0522285586
TP: 346472771 - IM: 114-1737
CNP: 9318059 - RC: 225647
ICE: 1000189678000003

INPE: 091031336
Medecine Interne
Clinique Mme Samira
Professeur EL KABLI

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca
Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74
E-mail : hassanelkabli@gmail.com