

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.

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.

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.

ntaire :

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

N° M21- 0026678

NP 081802

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6430 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAYAB DRISS

Date de naissance : 18-10-1961

Adresse : 13 RUE EL KHALIL HAY EL BARRAKA

Tél. : 0675536279 Total des frais engagés : 27 AOUT 2021 Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AHMAD SAADIA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFCTION

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 : / /

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
09/07/99	02	200 Dhs		ELUEDAHI Abdellah Ismail Berrich 2232 72 58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CONTACT	14/04/2011	1000,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 d'exploration.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser
Strabisme
Lentille de Contact
Microchirurgie

Berrechid

09/08/21

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية

تصویر الاوعية

علاج بالليزر

الحول، العدسات اللاصقة

الجراحة بالمجهر

برشید، فی

ATTA'S
Saadat

1970

✓

John

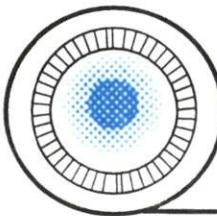
7/150

DC

+ 130

~~Dr. ABUEDAB卜 Abdelghani
Ophthalmologiste
38, Bd. Mly. Ismail - Berrechid
Tel.: 0522 32 72 58~~

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 744/24

Berrechid, le

12/08/2011

Client : Mme AHMAD SAADIA

Code	Description	Total
400	Pr. Vis. Simple pris VS	200
400	Argylet 46 170 mm	200
	Monture	600
	Réglage	1000
	206 + 1,16	
	<i>OPTICO CONTACT Opticien Optométriste Khalid Admy 12, Bis Rue Medina, Berrechid, le 0522.32.41.44 Fax: 00212 5071788. C.N.S.S. 2244797</i>	
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	
	<i>Mme SAADIA</i>	