

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

tique :

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.

entaire :

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° M21- 0010469

84945

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01193

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FIRAS NADA

Date de naissance : 15 Janvier 1981

Adresse : El moutahibine 10000 CASABLANCA

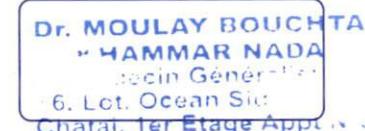
Tél. : 064537592

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/08/2021

Nom et prénom du malade : Ryad Achra

Age : 68 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonarthrose + Incontinence urinaire

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) : Reb

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
27/08/2021	Consult	1	150,00 Dh	Dr. MOULAY BOUCHTA KHAMMAR NADA Medecin Généraliste 6. Lot. Ocean Sidi Rahal Chatai, 1er Etage Appt N°:

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IAMA <u>délivrance, conseil</u> <u>des médicaments</u> <u>5, Lot Océan N°6 - Sidi Rahal</u> <u>Tél : 05 22 96 99 48</u>	27/08/2021	254,20

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Lauréate de la faculté de médecine
de Casablanca ,

Ex-medecin interne à l'hôpital Mohamed V
de Casablanca .

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد الخامس
بالدار البيضاء

Ordonnance

Fait le : 27/08/2021

Nom et Prénom : Rgibti Aicha

108.00D - Veca 5 g q
1 q/jr69.00D - Flaflox Cp
2 cp x 2/jr15.70D - Tople xil Sirop
1 cas / jr le61.80D - Moxic 15 g q
1 q/jr poft firs

254.20



PHARMACEUTICAL
DELIVERY SERVICE
SIDI RAHAL
Tél : 0520-065092
TOPPLEX 1L
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70
PER : 02/2023
MFR : 21E011

~~DR MOULAY BOUCHTA
KHAMMAR NADA
Medecin Généraliste
6. Lot. Ocean Sidi Rahal
Chatai, 1er Etage Appt N°3~~

6 lot Ocean Sidi Rahal App N°3 1^{er} étage Tél.: 0520-065092

الهاتف : 0520-065092 6، المحيط سيدى رحال الشاطئ، الطابق الأول ، شقة رقم 3

