

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

ctions 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.

cique :

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 :

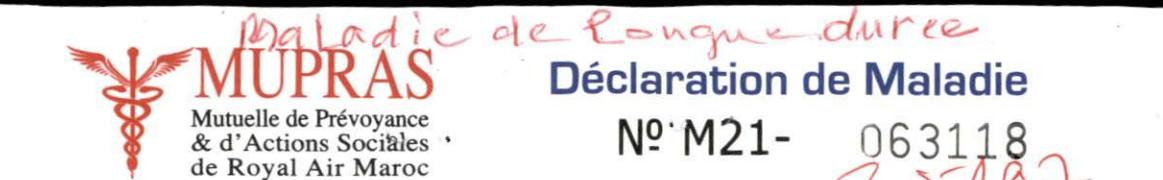
En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

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 de longue durée Déclaration de Maladie

N° M21- 063118

85197

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0536 Société : RAM

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : TAFOUT LHOUSSINE

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : HAI D NARIA 1 Rue 21 n°8 CASA.

Tél. 0662.02.72.49 Total des frais engagés : 616,20 Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 causés 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 :

Signature de l'adhérent[e] :

Le : 20/10/2021



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 DAKHLA 91, Avenue Lalla Meryem Hay el Inzaïd - Tiznit Tél : 05 23 50 10 82	20/09/21	616.20

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, a horizontal arrow labeled 'G' points to the right, a horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards. These axes define the orientation of the dental arch.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

PHARMACIE DAKHLA

MOUAKET RACHIDA

Pharmacien

91. Avenue Dgkhla

Hav INARA I - Aïn Chock

Casablanca

Tél.: 05 22 50 10 82

>Main Page

موقع رشيدة

٩١ شارع الداخلة - حي الانارة

عن الشق

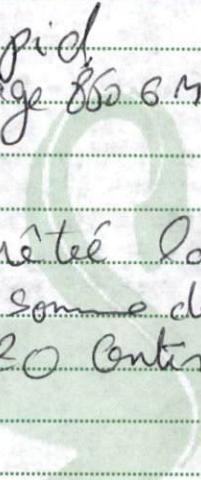
الدراستي

الهاتف: 05 22 50 10 82

Casablanca, le 20/09/2021

FACTURE N° N° 000381

M TAZout l'heure

Quantité	Désignation	P.U.	Total
1	NovoRapid gélule orale 860 mg.	571,00	571,00
1		45,00	45,00
			616,00
Achèté la présente facture à la somme de six cent seize dirhams et 60 centimes.			
 PHARMACIE DAKHLA 91, Avenue Lalla Meryem Hay el Inzai - Casablanca Tél.: 05 22 50 10 82			

PHARMACIE DAKHLA
91, Avenue Lamine
Hay el Inzai I - Casablanca
Tel.: 05 22 50 10 82