

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.

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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 059648

85666

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

H.A.J.I.L MOUHAMAD

Date de naissance :

01.01.1944

Adresse : CHEF AYD RUE 1 APP 1 117.80 OUT F.A CASA

Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 741,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOUTAMID Omai

Médecin Généraliste

Echographie

Al Firdauss Groupe B1 Imm 11

Appt 1 El Oulfa - Casablanca

Tél: 05 22 93 41 31

Date de consultation :

22 SEPT 2021

Nom et prénom du malade :

Basil Shahuel Age: 77

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vertigo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

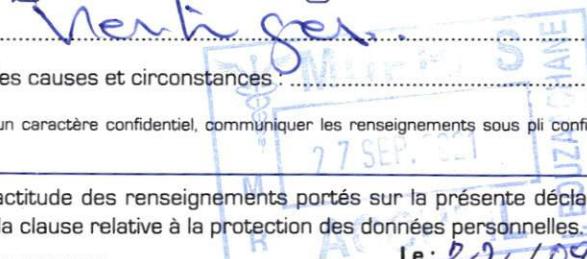
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 22/09/2021

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
22 SEPT 2021	MOUTAMID Oufia	12000 AF		
24 SEPT 2021	Medecin Généraliste Echographie Groupe B1 Imm 11 Jacques Oufia - Casablanca	12000 AF		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/09/21	621,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

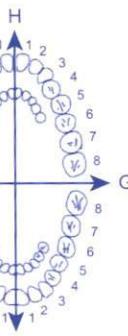
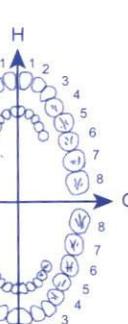
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور معتمد عمر

- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire

- الطبع العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السياقة

Ordonnance

Inca, le 21 SEPT 2021 البليضاء

97,60

97,60

(5) 97,60x3

5. NO cap. 20 mg

89,50x2

2) D3 Norm. 200

74,80x2

3) Vitamine C 150mg

T=621,40

Résidences Al Firdaouss
Groupe B1 Imm.11 Appt1
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 41 31

PHARMACIE SOUTIENNE
Groupe B1 Imm.11
El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 41 31
I.C.E. GOU

Lot: 200886
A consommer avant le: 01/2024

PPC: 89.50 DH

Bmer
Lot: 200886
A consommer avant le: 01/2024

PPC: 89.50 DH

LOT 21004/FC10
1/2024 PPC 74,80

Dr. MOUTAMID OMAR
Médecin Généraliste
Echographie
Al Firdaouss Groupe B1 Imm.11
Appt 1 El Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 93 41 31
جرومة 11 الائعة
05 22 93 41 31

LOT 21005/F211
01/2024 PPC 74,80

الهاتف: 05 22 93 41 31
البليضاء