

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.

liologie 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.

ique :

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 068206

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9754 Société : RAM 92852

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAMER said

Date de naissance : 1968

Adresse :

Tél. : 0677464495 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hassan CHAH
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
145 Rue ... Casablanca
Tél. 06 22 15 01

Date de consultation : 13 OCT 2021

Nom et prénom du malade : Tamer Tamer Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : ALD pour une affection chronique + diabète

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
3-OCT-2024	C-205	1	200,5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-10-21	186,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

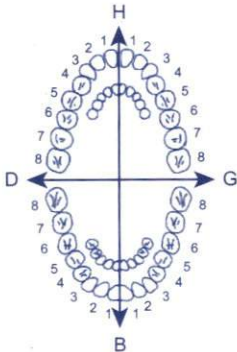
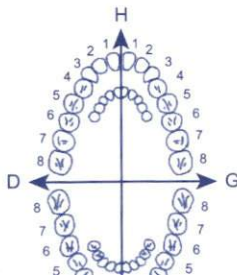
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition

Diplôme universitaire en échographie clinique

Faculté de Médecine Montpellier France

ELECTROCARDIOGRAMME

Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

الطبيب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

من كلية الطب مونبولي - فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 13 OCT. 2021 في الدار البيضاء.

MR TAMER Team



Conasol 140,90

2 pil 1 chx par jour

Axcur 125

1 pil x 24

Labix 20



184,20

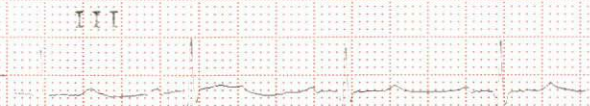
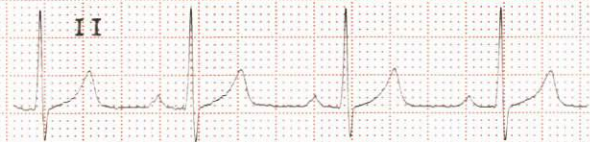
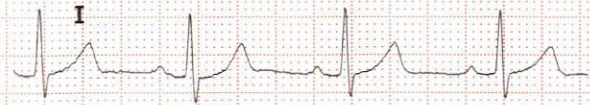
PHARMACIE ANNASSI
Droguerie en pharmacie
Casablanca II 3164 El Oud
Tél: 05 22 93 28 13 - Fax: 05 22 93 28 13

Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
D.U. en Diabète
Pharmacie "Ha El Balad"

1) Doxymylin 200 mg
750 x 9mm

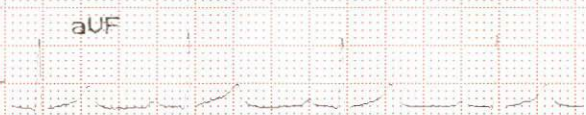
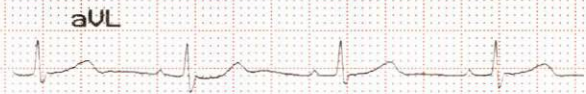
Dr. Hassan CHAHIL
OMNIPRATIQUE Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
148, Boulevard de la République, Casablanca
Tél: 0539 80 80 80

marquette HELIGE 13.Oct.21 12:26



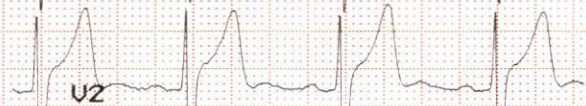
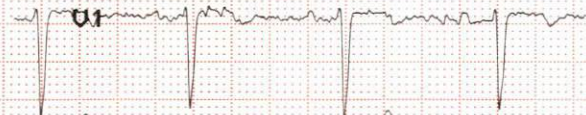
25 mm/s 1 mm mV S40

marquette HELIGE 13.Oct.21 12:26



25 mm/s 1 mm mV S40

marquette HELIGE 13.Oct.21 12:26



25 mm/s 1 mm mV S40

marquette HELIGE 13.Oct.21 12:26

