

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

Conditions 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.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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° M20- 0004955

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00779 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHLI BRAHIM

Date de naissance : 01-01-49

Adresse : 82 RUE NAZEK AL MALAIKA TISSIR II

BERRECHID

Tél : 0662 846259 Total des frais engagés : 356,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 OCT 2021

Nom et prénom du malade : BOUCHLI Brahim Age : 72

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète type II

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 : Berrechid Le : 01 / 11 / 2021

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
01 OCT 2021			150 DM	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie 2000
Docteur Kadri L. Zineb
22 bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

01-10-21

206,63

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

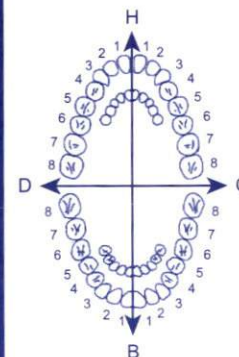
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G
B

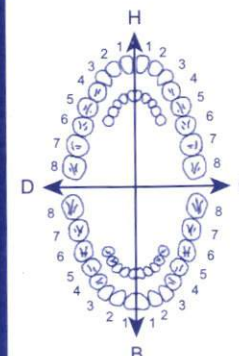
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Saïd MERJANE
Médecine Générale

الدكتور سعيد مرجان
الطب العام

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le

01 OCT 2021

ORDONNANCE

BOUCHLI Brahim.

78,70

44,70

1/ Bravura 60 mg.

2-05 (X 03 mg)

2-05 (X 03 mg)

20,80 x 4

2-05 (X 03 mg)

= 206,60

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.05

Docteur Saïd MERJANE
Médecine Générale
Tél : 0522 33 71 56
61 Rue Omar Ibnou Al Khattab 30000

78,70

78,70

20,80

20,80

20,80

20,80

6272 2120 2220 2320 2420 2520 2620 2720 2820 2920 3020 3120 3220 3320 3420 3520 3620 3720 3820 3920 4020 4120 4220 4320 4420 4520 4620 4720 4820 4920 5020 5120 5220 5320 5420 5520 5620 5720 5820 5920 6020 6120 6220 6320 6420 6520 6620 6720 6820 6920 7020 7120 7220 7320 7420 7520 7620 7720 7820 7920 8020 8120 8220 8320 8420 8520 8620 8720 8820 8920 9020 9120 9220 9320 9420 9520 9620 9720 9820 9920