

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.

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ladie 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- 0059213

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1119 Société : RAM 95187

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saïd Mohamed

Date de naissance : 15-11-1941

Adresse : 9, Rue Democrite 001

Tél. : 066.2.21.47.99

Total des frais engagés : Dhs

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 causes et circonstances :

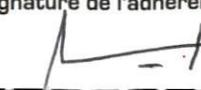
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

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
<p>PHARMACIE DU CROISSANT Bd. Sourniaid Tél : 05 22 02 61 Casablanca 00 150 7948000031</p>	01/12/21	473,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

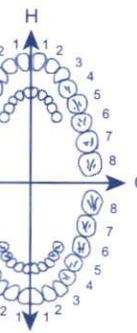
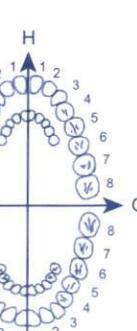
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 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

Tél : 0522220261

MOHAMED SAIDI

FACTURE N° : 41601 du 01/12/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CARDIO ASPIRINE B30 CPRS	27,70	27,70	0%
1	TENORMINE 100MG 28CPS	58,70	58,70	0%
1	STAGID 695MG / 100	107,60	107,60	0%
1	TAHOR 10MG B28 CPS	79,00	79,00	0%
1	NATISPRAY AEROSOL	69,30	69,30	0%
1	TAREG 80MG 28CPS	131,50	131,50	0%

Total TTC	473,80
Droits de Timbre	0,00
Net à Payer	473,80

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENT SOIXANTE TREIZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	473,80	0,00	473,80
		473,80	0,00	473,80

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid, Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 19 800 0034

Cardioaspirine 100 mg 30cpr
Acide acétylsalicylique
P.P.V : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118 001 090 280

CNSS :
Compte :

I.C.E : 001597948000034
Patente : 35204671

INPE:
R.C : 137490

I.F :

100 قرص قابل للكسر

MERCK

٧٠٠
ملبغ

ستاجيد®

أقراص قابلة للكسر
أمبولات المتفورمين
عن طريق الفم

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 202589
EXP 11.2023
PPV 107.60



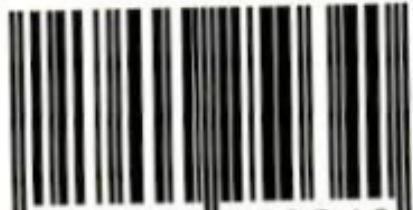
Pfizer

TAHOR® atorvastatine

10 mg

TAHOR® 10 mg

28 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 250340

28
COMPRIMÉS
PELLICULÉS

UT. AV.: 1 0 2

P.P.V

7 3 0 0

LOT N°: 1 2 8 2 9 1 1

79,00

09366082/4



6118001030316

TAREG 80 mg



28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

07:2023
BUW98

1752

5

EXP
LOT





6 118000 011590
PELLICULES SECABLES
28 COMPIMES
TENORMINE® 100 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

liste 1

28 comprimés

100 mg

100 mg

100 mg

