

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Educations :

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.

Maladie :

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- 074776

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1516 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BIKRI AHMED

Date de naissance : 07/1948

Adresse : Hay Moula Rakka n°3 Apt 6. Sidi-Bernoussi - Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : = 629,70 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENADDI HASSAN
AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
3 Bloc Farid 101 Bd Abbas El Ghaddaoui
Sidi Bernoussi Casablanca
Tél 05 22 73 27 09

Date de consultation : 27/12/2021

Nom et prénom du malade : BIKRI Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : Diabète + Cholestérol hyperlipémie

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 : Casablanca Le : 27/12/2021

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

27/12/2021	C1	C	Gralat	
------------	----	---	--------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

27/12/21

629.70

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

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 :

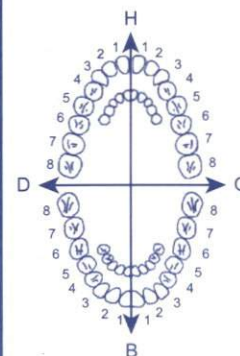
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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 G 00000000

35533411 11433553

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 BENNADDI Hassan

Diplome de la faculté de médecine de Lille

MEDECINE GENERALE

Diplome d'Echographie de la Faculté
de Médecine de Paris

Agrée pour la Visite Médicale
de Permis de Conduire
Suivi de Diabète

الدكتور بنعدي حسن

خريج كلية الطب بليل

الطب العام

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بباريس

مرخص للفحص الطبي لأجل

رخصة السياقة

مراقبة مرض السكري

Casablanca Le :

الدار البيضاء في :

27-12-2024

1 Bixtri Mined



1 Zylone 100 x 2ms

46.70 1 oph

2 LD MAR 20

99.00

3/ (BANGITE 500) 4 2ms

125.00 +2

4/ 20 piodox 1 2ms

Bloc Farid 101, Avenue Abbas Ghaddabani N° 3 Sidi Bernoussi - Casablanca

45.00 بلوك فريد ، 101 شارع عباس الغداوي رقم 3 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50

29.70

LOT 211758
EXP 07 2025
PPV 46.70 DH

PPV :

LOT :

PER :

45,00

PPV :

LOT :

PER :

45,00

PPV :

LOT :

PER :

45,00

LOT : 211111

EXP : 06/2024

PPV : 99,00DH

LOT N°

LOT : 211111

EXP : 06/2024

PPV : 99,00DH

LOT N°

LOT : 289

PER : AVR 2023

PPV : 125 DH 00

à 30°C

AMM N° : 41/15

decin

LOT : 289

PER : AVR 2023

PPV : 125 DH 00

°C