

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.

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.

taire :
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.

adie 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.

104110

Déclaration de Maladie : № P19-0005268

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26 78 Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben sidi Mustapha Date de naissance : 19/1/7

Adresse : 26 Bd de la Liberté - Casablanca

Tél. : 06 65 78 77 70 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 JAN 2022

Nom et prénom du malade : ZENOUDI Fatima Age : 19/54

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Zoncub

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) :


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10 JAN 2021 | Qc | | 150 | Dr. H. HAMOUCHE 25, Bd. Lahcen Oulad +33 652314059 - Cass |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 10/01/22 | 565,80 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 traitements canalaire, ainsi que le bilan.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Hamid HAMOUMI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Pédiatrie Préventive et Puériculture

Biologie et Médecine Sportive

Médecine Générale

125, Bd. Lahcen Ou Idder - Ben Jdia

Tél. : 05.22.31.40.50

الدكتور حميد حمومي

خريج كلية الطب بباريس

وقاية أمراض الأطفال والتربيـة

بيولوجيا والطب الرياضي

الطب العام

125، شارع لحسن ويدار

الهاتف: 05.22.31.40.50

Casablanca, le 10 JAN 2022 الدار البيضاء، في

Mme ZBOUDI Fatima

163, 100 x 2 - ~~Docteur Hamid HAMOUMI~~ Pharmacie Nouvelle Casablanca

14, 1m x 7,1

36,70 - ~~Bon d'échange~~ ~~spectacle~~ Pharmacie Nouvelle Casablanca

~~SANS PROCEDEMENT~~

10,10 - ~~Perfume no.~~

36,70

95,00 - ~~Bon de~~

19,60 x 2 ~~100 ml~~

- ~~Deux bouteilles~~

19,60 x 2 ~~100 ml~~

T: 565,80 ~~100 ml~~

Pharmacie Nouvelle
Casablanca
100 ml
100 ml
100 ml

500 ml
500 ml
500 ml

PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

DE H. 125, Bd. Lahcen Ou Idder
Tel: 0522.31.40.50



cca®

Complément alimentaire, n'est pas un médicament

20 Comprimés effervescents



PPC: 95.00DH
LOT: CB03715
EXP: 11/2024



PPV 34DH70

EXP 08/2024

LOT 18038 3

PECTRYL®

SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP

250 ml