

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.

Radiologie 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.

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-653734

108810

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3259

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAMZAOUI Abdellah

Date de naissance : 06.08.1953

Adresse :

Tél. : 06 76 99 77 27 Total des frais engagés : 973,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MEKOUR NAJAT

Age : 57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection OP

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 : 6029

Le : 17/03/2022

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
17/03/2022	C	25000	INP : 091166561	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/03/2021	f 23,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

REUVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

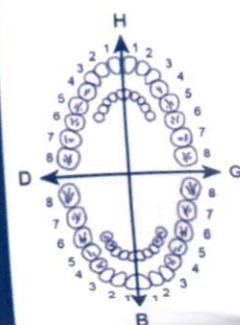
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de fractures.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VNS

DATE DE
L'EXECUTION

DATE DU
DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

EFFICIENT ES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTO

FIN EXECUTION

UX

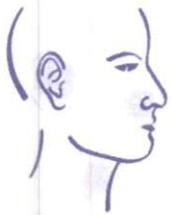
6

1

10

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologue
 Maladie et Chirurgie du Nez
 Gorge - Oreille - Face et cou
 Exploration et traitement
 de surdité
 vertige - Trouble de la voix
 Endoscopie
 Ronflement - Allergie



دكتورة نوال نصيف

براحة الأنف

والعنق

صم

الصوت

بار

سية

87,70

87,70

ORDONNANCE

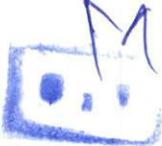
Casablanca, le :

17/03/2022

الدار البيضاء، في

MEKOUAR NAJAT.

87,70 x 3



1/ Vaserol 85 mg 4P

87,70

190,00 x 2 1P x 21f pc



2/ Aclometax Spray

LOT:036R012A
 PER:10/2023
 PPV:190,00 dh

2 pulv x 25ml



79,90

3/ Filorax

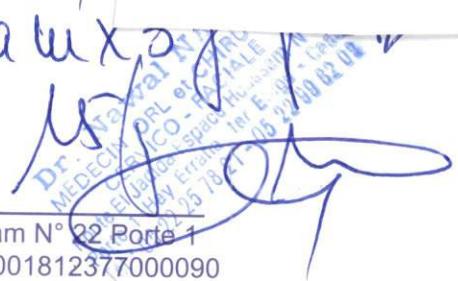
Spray

Lot :
 À consommer
 avant le :
 PPC : 79,90 DH

210860
 11/2024

723,00

1 Can x 3



Route EL Jadida - Espace Houssam N° 22 Porte 1
 1^{er} Etage N° 1 - Casablanca - ICE : 001812377000090
 Tél. : 05 22 99 62 09 - Fax : 05 22 25 78 21