

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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 facture 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1866

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUL GOU MRI ABDAL KADAR

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : même

Tél. : 06 94 74 14 23 Total des frais engagés : 950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr Abdesselam SEBTI
Cardiologue

3 Rue du Yamen Bd. 11 Janvier - Casa

Tel : 06 22 44 75 81/05 22 31 57 70

Janvier 06 61 13 53 13

Date de consultation : 16/01/2022

Nom et prénom du malade : MOUL GOU MRI ABDAL KADAR Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douleur thoracique

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
16/01 2029	Cl 450G 4 Traitement		950



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 de l'ODT.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
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'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



DATE D'EXAMEN : 16/01/2022

FACTURE N° 50/22

NOM ET PRENOM : MR MOULGOUMRI ABDELKADER

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	400,00	400,00
TRAITEMENT	1	150,00	150,00
TEST COVID SEROLOGIE + PCR	1	400,00	400,00
<i>Resultat sd Jig</i>			TOTAL GENERAL
			950,00

**ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :
NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS ./.**



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email. contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 - الفاكس: 05 22 94 39 33 - شارع ابن سينا. الدار البيضاء الهاتف:

بنائنا: 35806678 - ت: 1004548 - ص وض: ج: 6021589 التعريف البنكي : 48 48 01104 01384700132

CENTRE CARDIOLOGIQUE CASA-ANFA

DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

Nom patient : Monsieur MOULGOUMRI ABDELKADER

Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Total
ANDOL 1G INJ INJ (01)	1,00	18,80	18,80
CARDENSIEL 5mg CP (30)(1)	3,00	1,94	5,82
CHLORURE DE NA 1000ML SERUM (01)	1,00	16,40	16,40
CHLORURE DE Na 500CC FL	1,00	15,50	15,50
FURILAN INJ K INJ (05)(1)	4,00	3,92	15,68
GLUCOSE 5% FL SERUM (01)	1,00	18,00	18,00
INTRANULE	1,00	10,00	10,00
OEDES 40 INJ (05)(1)	1,00	49,80	49,80
Total pharmacie			150,00

