

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Prothésiste 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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0004315

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. CHAFI MOUEN

Date de naissance : 14-09-1959

Adresse : BP YAZID DES SARA - TETOUAN

Tél : 0620134223

Total des frais engagés : 5069.60 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 :

Cris Angine et Agitation

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) :

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
20-2-20	PC		4469.6	
02-3-20	PC		6000	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

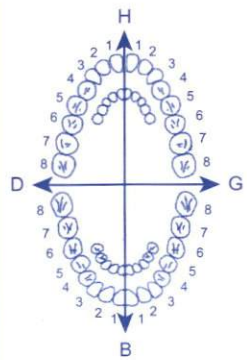
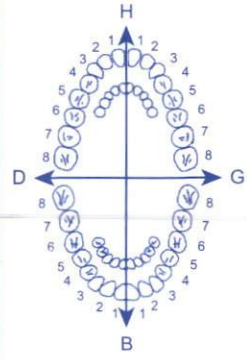
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état du malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

Gros Angine
Agitation

3) Traitement envisagé correspondant à la
cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la
demande d'Entente préalable (si possible, nombre
des actes en série) :

1) Intubation
2) Oxygénothérapie
3) Morphine

4) Durée prévisible du traitement :

A T... le 02-3-2002

Signature :
Clinique RIF Tétouan

Dr MOUDEN Achraf
Spécialiste en
Anesthésie - Réanimation

16-262269

RAPPORT MEDICAL

Patient Mlle CHAFI YASMIN

Médecin traitant DR. MOUDEN ACHRAF

Date 27/02/2022

Sans ATCD pathologiques notable
Suivie par un traitement
sans traitement

Admission pour : Etat d'Angoisses,
+ Agitation

hospitalisation
mis sous traitement Anxiolytique
Oxygénothérapie

Evolution favorable

Avis Psychiatrie satisfaisant

DR MOUDEN ACHRAF
Spécialiste en
Anesthésie - Réanimation
Clinique Rif Tetouan

16 268239

CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE
242, Avenue des FAR TETOUAN
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

F A C T U R E

N° 2 250 / 2022 du 02/03/2022

Nom patient	CHAFI YASMIN	Entrée	Sortie
		27/02/2022	02/03/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMBRE NORMALE	3.00		400.00	1 200.00
A M I	3.00		250.00	750.00
OXYGENE	3.00	O2	750.00	2 250.00
			Sous-Total	4 200.00
PHARMACIE	1.00		269.60	269.60
			Sous-Total	269.60
Total Frais Clinique				4 469.60
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. MOUDEN ACHRAF (anesthesite-rean)	1.00		600.00	600.00
			Sous-Total	600.00
Total prestations externes				600.00

	Total général	5 069.60
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ MILLE SOIXANTE-NEUF DIRHAMS SOIXANTE CENTIMES		

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	5 069.60			5 069.60	0.00



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : CHAFI YASMIN	N° Facture 2 250	22B272017
----------------------------	------------------	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
APOTEL PARACETAMOL SOLUT. (10)	1	30.00	30.00
MIDAZOLAM MERCK INJ (10)	2	23.00	46.00
SERUM GLUCOSE 5% SOLUT. (01)	1	13.10	13.10
SERUM SALE 9% SOLUT. (01)	4	21.00	84.00
Sous-Total médicaments			173.10
GANT D'EXAMEN EN LATEX s (050)	4	5.00	20.00
HYPAFIX 10*15CM (020)	1	7.50	7.50
INTRANUL G22 100	1	22.00	22.00
LUNETTE OXIGENE (001)	1	30.00	30.00
PERFUSEUR A/F (001)	1	12.00	12.00
SERINGUE 10 CC (001)	2	2.50	5.00
Sous-Total consommable médical			96.50
Total pharmacie			269.60



CLINIQUE RIF

NOTE D'HONORAIRES

Le : Références 2 250 /
PAYANT
Entrée / Sortie : 27/02/2022 - 02/03/2022

Le Dr. MOUDEN ACHRAF

présente à **Mlle CHAFI YASMIN**

**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
600.00 Dhs**

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Espèces

Cachet et signature

