

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 canalaire, l'accord préalable obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute d...
- La radio-après soins est obligatoire en cas de pro...

Maladie et Affection Longue Durée ALD

- La déclaration de i mois.



Déclaration de Maladie
M23-0023898

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K. Benabdellah TAOUFIK

Date de naissance : 12-07-58

Adresse : -

Tél. : 0629465965 Total des frais engagés : 53 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 : -

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : -

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 : CASA

Le : 15/01/2024

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p> Pharmacie HAY OTHMANE Ahmed MANSOUR 4, Rue Tiziout - Lot 45 Hay Othmane - BOUZNIKA Tel. : 05 37 74 60 53 </p> <p>12821100</p>	03/01/2024	53,36

INPE 062031190

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 chirurgie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

03/01/2024

Pharmacie hay Othmane

Jacqueline Kabailan Bernada

N° de Facture

Pharmacie HAY OTHMANE
Ahmed MANSOUR
24, Rue Tiziout - Lot 45
Hay Othmane - BOUZNIKA
Tél. : 08 37 74 30 53

Médicament	Quantité	Prix	Total
Omiz 20mg B7 gelules	1	22,50	22,50
Flakide & pommade ophtalmique	1	20,80	20,80
Aureomycine pom ophtalmique	1	10,00	10,00

Patente N°39809612/Tel : 0537743053

Pharmacie HAY OTHMANE
Ahmed MANSOUR
24, Rue Tannit - Lot 45
Hay Othmane - BOUZNICA
Tél. : 05 37 74 30 53