

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-473642

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		4815 CP	
Matricule : 13074		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Barakat Abdellah			
Date de naissance : 02/11/1987			
Adresse : 18 lot 2000 BL Jellida			
Tél. : 0672 51 99 61		Total des frais engagés : 900,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 16 OCT. 2019	
Nom et prénom du malade : MESSAOUD S Age: 34	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Ac. à la cage/Ram	
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

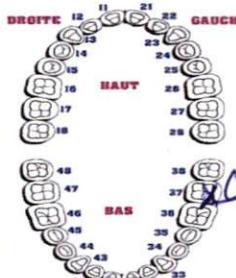
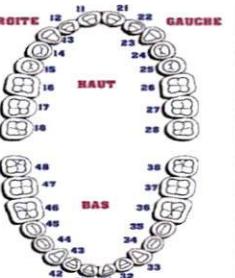
Le : 10.10.2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des ODF  37 <i>Capitale</i> 38 <i>39</i> <i>38</i> <i>37</i> 36 <i>35</i> <i>34</i> <i>33</i> <i>32</i> <i>31</i> <i>30</i> <i>29</i> <i>28</i> <i>27</i> <i>26</i> <i>25</i> <i>24</i> <i>23</i> <i>22</i> <i>21</i> <i>20</i> <i>19</i> <i>18</i> <i>17</i> <i>16</i> <i>15</i> <i>14</i> <i>13</i> <i>12</i> <i>11</i> <i>10</i> <i>9</i> <i>8</i> <i>7</i> <i>6</i> <i>5</i> <i>4</i> <i>3</i> <i>2</i> <i>1</i>			
DROITE	GAUCHE							
HAUT								
BAS								
Détermination du coefficient masticatoire								
 D <i>37</i> <i>38</i> <i>39</i> <i>35</i> <i>34</i> <i>33</i> <i>32</i> <i>31</i> <i>30</i> <i>29</i> <i>28</i> <i>27</i> <i>26</i> <i>25</i> <i>24</i> <i>23</i> <i>22</i> <i>21</i> <i>20</i> <i>19</i> <i>18</i> <i>17</i> <i>16</i> <i>15</i> <i>14</i> <i>13</i> <i>12</i> <i>11</i> <i>10</i> <i>9</i> <i>8</i> <i>7</i> <i>6</i> <i>5</i> <i>4</i> <i>3</i> <i>2</i> <i>1</i>		H	25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	G				
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession								
VOLET ADHERENT NOM : Mle DECLARATION N° W17-138897 <table border="1"> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces Jointes</td> </tr> </table>						Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes						
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle								

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 13074						
Nom & Prénom <i>Bouafit Aïda Elh</i>								
Fonction <i>chef Projet SE</i> Phones <i>0524 80 00 00</i>								
Mail <i>bouafit@royalairmaroc.com</i>								
MEDECIN Prénom du patient <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age Date Nature de la maladie Date 1ère visite								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
PHARMACIE Date Montant de la facture								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : <i>12/10/19</i> Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires <i>12/10/19</i> <i>200,00 D16</i>								
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : <table border="1"> <tr> <td>Nombre</td> <td>Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> </tr> </table>			Nombre	Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV
Nombre	Montant détaillé des Honoraires							
AM	PC	IM	IV					

Boufrit Abdellah

ID 48078

DOB



Scale: 118%



12/10/19 70,0kV 10,0mA 15,1s 107,8mGy×cm²

Dr. Taoufik BOULAAMAIM
Chirurgien Dentiste Spécialiste
92, Av. des Nations Unies Agdal Rabat
Tél : 05 37 67 06 61 / 05 37 67 24 59
05 37 67 36 61 / Bsm : 06 62 21 78 04

Rabat, le 12/10/2019

Patient(e): BOUFRIT ABDELLAH

FACTURE N° 236092019

ACTES	Code sécu	Dent(s)	Montant à payer
Radio Panoramique		12	200,00
COMPOSITE 1 FACE		37	700,00
TOTAL			900,00

Arrété le montant de la facture à la somme de
Neuf cent dirhams

Signature du Praticien

Dr. Taoufik BOUAAIM
Chirurgien Dentiste Spécialiste
92, Av. des Nations Unies Agdal Rabat
Tél : 05 37 67 06 61 / 05 37 67 24 59
05 37 67 36 51 / Gsm : 06 62 21 78 04