

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.



ND = 16612
Déclaration de Maladie
Nº P19-0048579

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1418

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHAMMARTE MOHAMMADI

Date de naissance : 28/12/51

Adresse : lot GYNMER Rue 5, N° 5 OASIS CASA

Tél. : 0661419162

Total des frais engagés :

2000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/11/19

Nom et prénom du malade : EL HASNAoui LEILA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

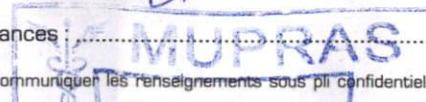
Enfant

Nature de la maladie :

HT endo 27

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.



15 JAN 2020

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 : 15 JAN 2020
ACCEUIL

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
Pharmacie des Papillons 32225	06/12/2020	TTC 16.014,00 DH

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	Montants des soins <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
		Date de l'exécution <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>

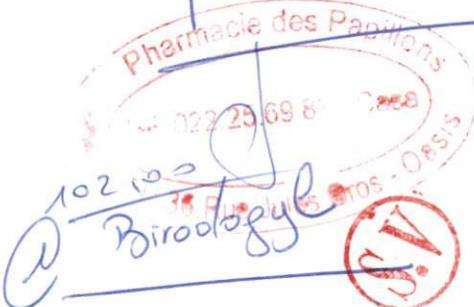
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Mr EL HASNAoui Leila



Leila
T. Cade 671/2520
BIRODOLY
CP PEL B15

BIRODOGYL
CP PEL B15
P.P.V : 102DH00
LOT : 19E003
PER : 09/2022

P.P.O. 182071

6 118000 060567

3915

up matin
up midi
up soir

58140
Après repas
@ Solupress ~~200g~~ $T = 160140$

N°12, Rue Oumaima Saih, App 4 ETG 2, Quartier Racine
20100 - Casablanca



ORDONNANCE

Dr. El HASSNAOUI Leila

Al Casab 13/1/2025

Facture

21. - trait ^{int} _{endo} D_{25}
- R. Numerique $\times 2$ $Z_{6 \times 2}$
- Hydroxyde de Ca^{2+} D_{no}

total $D_{35} + Z_{12}$

2000 # ~~dr~~



admin

ELHASNAOUI LEILA 06/01/2020 # 27

27
april
~~tl~~
6/1/2020



RWG 6/2020

ttl enelo

mu
27