

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.

tique :

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

éducation :

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.

die 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 : Nº P19- 0002083

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8359

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUSBINA KHALID

Date de naissance : 1966

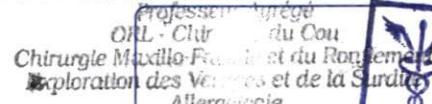
Adresse : GOLF CITY VILLE VERTE BOUREZGUE

Tél. 0603712706

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2019

Nom et prénom du malade : Bousbina

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : CRSPX

Le : 08/08/19

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
08/08 25/09	C	4	300,00	Dr. MOUALLAH Qui Zine Elabidine Professeur Agrégé ORL - Chirurgie du Cou Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement Évaluation des Vertiges et de la Soudité Allergologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. NADIA KHATAMI 18, Rue Abdesslam KHATAMI Tél/Fax: 05-22-83-02-75 CARABISTI	8/02/14	510,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	B			DATE DU DEVIS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

مركز بئر أنزران لأمراض الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق والفك وتقديم الدوار والصمك

Centre Bir Anzârane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURALLAH LARAQUI
Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou
Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement
Esthétique de la face
Injections et Comblement
Exploration des Vertiges et de la Surdité
Allergologie

الدكتور زين العابدين العراقي

والشخير
جهة الفك

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE
Mme. TAXI Nadia
Tél: 05 22 89 92 75 - Tel/Fax: 05 22 89 93 78
Casablanca le 08/08/2020

Aeromax®
Budésonide

LOT:0036N002
PER:01/2021
PPV:190,00 dh

MELLE BOUSBINA LINA

130,00

Aeromax

Deux pulvérisations dans chaque narine 1 fois par jour le matin pendant 30 Jours.

4000

Molgam 200

1 comprimé 3 fois par jour (aux repas). 5 jours

52,80

Oedes

1 cp par jour pdt 14.

LOT 181035
EXP 02/2021
PPV 52.80 DH

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

73,00

Otixyl

3 pulvérisations 3 fois par jour 4 jours

148,00

Clavulin 1g

Un sachet matin et soir au début des repas pendant 8 jours.

PPV: 149,00 DH
LOT: 573242
PER: 01/20



510,80

Dr. Zine Elabidine Nourallah Laraqui
Professeur Agrégé
J.R.L. Chirurgie Maxillo-Faciale Allergologie
119, Bd Bir Anzârane - Casablanca - Maroc

119، شارع بئر أنزران إقامة رمزي، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدار البيضاء، 20330

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - تلفون: 05 22 25.72.72

E-mails : laraquizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874