

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

ditions 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.

phacie :

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.

aire :

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.

adie 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.



MLD

Déclaration de Maladie

Nº P19- 0043010

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>2327</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>FALAH Abou El YAZZA</u>		
Date de naissance : <u>01.03.53</u>		
Adresse : <u>04, Rue oulad Saïd Rue Souhaïl 3^e étage BOURGOGNE CASABLANCA</u>		
Tél. : <u>0663227062</u>	Total des frais engagés :	<u>438.80</u> 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

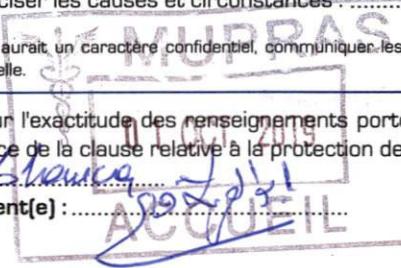
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 08/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : Abdelhakim

Le : 08/09/2019



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 du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie La Corniche 319, Bd. Moulay YOUSSEF CASABLANCA Tél/Fax : 05.22.27.67.02 EL ALLALI N.</p>	8/9/2019	438,80 Dhs

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.

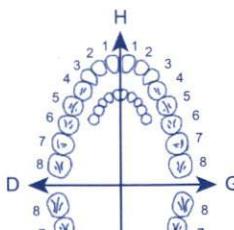
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000 00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Journal of Oral Rehabilitation 2009; 36: 102–108

COEFFICIENT
DES TRAVAILX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS



PHARMACIE LA CORNICHE

319.BD MLY YOUSSEF ANG BD EL HANK CASA

MCD

R.C :1604

Patente:35400

T.V.A:

C.N.S.S:1774711

Tél :022 27 67 03

Le 08/09/2019

FACTURE N°504937

N° ICE : 001764675000078

MR FALAH ABOUELYZZA

N° IF : 40209660

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	TORVA 10MG 30 COMP	57,80	0,00	57,80	57,80		57,80		
1	SINTROM 4 MG 10 CPS	20,00	0,00	20,00	20,00		20,00		
1	EXFORGE FCT 10/160 MG BT 28	361,00	0,00	361,00	361,00		361,00	23,62	7,00

LOT: 1083
PER: 07/21
PPV: 57,80 DH



611800103060 6
EXFORGE ○
10mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 361,00 DH

09606

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.V: 20,00

Pharmacie La Corniche
319, Bd. Moulay Youssef
CASABLANCA
Tél/Fax : 05.22.27.67.03
EL ALLALI N° 42

DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	438,80
--------------------	--	----------	------	----------	------	-----------	--------

Nombre d'Articles : 3	TVA 7% Base :	337,43	Montant :	23,62	TVA 20% Base :		Montant
-----------------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Quatre Cent Trente Huit Dirhams et 80 centimes.