

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

biologie 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.

ctique :

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.

ntaire :

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9692

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MERIMER LAHCEN

Date de naissance : 30/06/1949

Adresse : ITIS AL MEST QUEST EN N-UCD CASA

Tél. : 061420M17

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/12/2019

Nom et prénom du malade : HASSIBER Saloua

Age : 1963

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dépression

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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 : Le : 1 DEC 2019

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
11 DEC 2019				 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/19	2.11.-

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Date :

11 DEC 2019



MERCIER Iblam

① Gantrolgy

1330X9

— - 0 - 1 /

② Atac gpr

8146

③ 0162 gpr



M. L. S. (6) mm

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER. 01 2022



6 118000 060314

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30



6 118000 060314

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER. 11 2021



6 118000 060314

Autre
ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30

9MA079



6 118000 060314

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30



6 118000 060314

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER. 03 2022



6 118000 060314

LOT. 9MA070
ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30

PER. 01 2021



6 118000 060314

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER. 01 2022



6 118000 060314

ARTANE 5 mg
CP B20
P.P.V : 13DH30
PER. 03 2022



6 118000 060314

81,40.