

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.

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.

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.

Défie 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° P19- 0014842

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 FARISS Société : RAM. M1e 05918
 Actif Pensionné(e) Autre : _____
Nom & Prénom : FARISS MOHAMED Date de naissance : 12.07.1961
Adresse : 239, Rue TAZARINE CASA
Tél. : 06.06.51.12.12 Total des frais engagés : 441,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SEMMOUNI Khadija
Chirurgien Dentiste
144, Rue Ksima INEZGANE
Tél. 0528 834 588

Date de consultation : 09/09/2019

Nom et prénom du malade : LOTFI Aicha Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

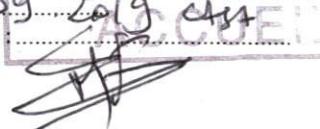
Nature de la maladie : Abcès dentaire

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

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 : 02.09.2019 CASA Le : 02.10.2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/09/19	140,70

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

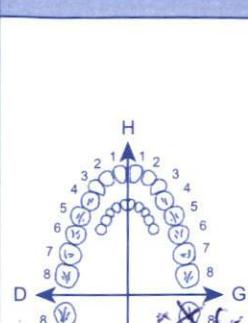
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ORL.

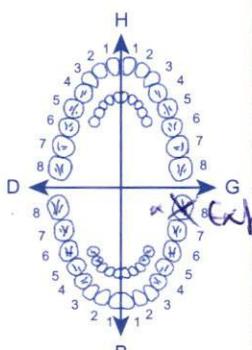
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
	38	Extr	D8	COEFFICIENT DES TRAVAUX D8												
<p>Dr. SEMMOUNI Khadija Chirurgien Dentiste 144, Rue Ksima NEZGANE Tel. 0528 834 588</p>				MONTANTS DES SOINS 300,00												
				DEBUT D'EXECUTION 09/09/19												
				FIN D'EXECUTION 09/09/19												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
				Dr. SEMMOUNI Khadija Chirurgien Dentiste 144, Rue Ksima NEZGANE Tel. 0528 834 588												

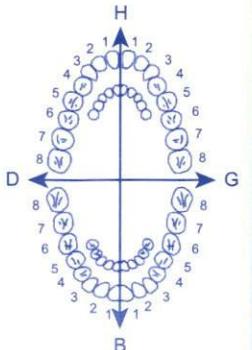
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	138	Extr	D8	COEFFICIENT DES TRAVAUX D8 MONTANTS DES SOINS 300,00 DH DEBUT D'EXECUTION 09/09/18 FIN D'EXECUTION 09/09/18
	Dr. SEMMOUNI Khadija Chirurgien Dentiste 144, Rue Ksima NEZGAN Tel. 0528 834 588			

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. SEMMOUNI Khadija

Chirurgien Dentiste

144, Rue Ksima NEZGAN

Tel. 0528 834 588

Dr. Semmouni Khadija
Chirurgien Dentiste

للدكتورة سهونى خديجة
طبيبة جراحة للأسنان

144, Rue Ksima - Inezgane
Tél : 0528 834 588

زنقة كسيمة 144 - إنزكان
0528 834 588 : الهاتف

Inezgane le : 02/02/18

INPE: 044184786

Patente: 49300496

IF: 52812862

ICE: 009123826000091

Patient: M. Lotfi Aïcha.

Cotation: D8

Montant: 300,00 DH (Trois cent Dirhams)

Dr. SEMMOUNI Khadija
Chirurgien Dentiste
144, Rue Ksima INEZGANE
Tel: 0528 834 588

Dr. Semmouni Khadija
Chirurgien Dentiste

144, Rue Ksima - Inezgane
Tél : 0528 834 588

للدكتورة سموني خديجة
طبية جراحة للأسنان

زنقة كسيمة 80350 - إنزكان 144
الهاتف : 0528 834 588

Inezgane le : 09/09/179



Mme Lotfi Aïcha:

14, m ① Amoxil 1g cp = 1b
1 cp x 2/j pdt 7.j.



14, m ② Doliprane 1000 cp = 1b
1 cp x 3/j ev de douleur.



14, m ③ Endil B. B. 1fl
En vaporisateur 2x/j. pdt 8j.
A dilater le ouïos le soir.



14, m ④ Propolis Bio (spray) 1fl
3x/j. pdt 8j.



14, m

Dr. SEMMOUNI Khadija
Chirurgien Dentiste
144, Rue Ksima INEZGANE
Tel. 0528 834 588

الودريل®

كلور يكميدين- كلوروبوتانول

محلول لغسل الفم



PPV: 55,00 DH
LOT: 615255
PER: 12/20

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

Persons allergic to honey and pollen, or
any other component of this product.
Children under 6 years.

PROPOLIS ORL BIO

LOT: 13JP005
PER: 01.2022
PPV: 55.00 DH

PROPOLIS ORL BIO



6 119879 854370

Huiles
Essentielles

15 ml