

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.

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0014842

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 FARISS Société : RAM Mle 05918
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FARISS MOHAMED Date de naissance : 12.07.1961
Adresse : 239 Rue TAZARINE Casa
Tél. : 0606511212 Total des frais engagés : 441 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/09/2019
Nom et prénom du malade : LOTFI Aicha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Abus dentaire
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 : 02/09/2019 Cas
Signature de l'adhérent(e) : Le : 02/09/2019

RELEVÉ 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	147,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

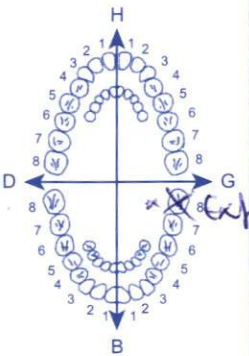
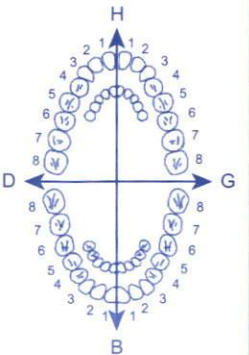
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
	√38	Ext	D8	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text" value="D8"/>														
	Dr. SEMMOUNI Khadija Chirurgien-Dentiste 144, Rue Ksima NEZGANE Tel: 0528 834 588			MONTANTS DES SOINS <input type="text" value="300,00"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text" value="02/09/19"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text" value="02/09/19"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

Dr. Semmouni Khadija
Chirurgien Dentiste

144, Rue Ksima - Inezgane
Tél : 0528 834 588

الدكتورة سهوني خديجة
طبيبة جراحة للأسنان

144 زنقة كسيمة - إنزكان
الهاتف : 0528 834 588

Inezgane le : 08/09/19.....

INPE : 044184786

Patient : 49300496

IF : 52812862

ICE : 004123826000091

Patient : M^r Lotfi Aiche.

Coatation : Dg

Montant : 300,00 DH (Troiscent Dirhams)

Dr. SEMMOUNI Khadija

Chirurgien Dentiste

144, Rue Ksima - INEZGANE

Tel: 0528 834 588

Inezgane le : 02/02/19



Mme Lotfi Aïcha :

SR ~ ① Anacid 1g cp. 16
1 cp x 2/5 pdt 7j.



14, ~ ② Doliprane 1000 cp. 16
1 cp x 3/5 à volonté de douleur.



17, 703 ③ Cludil B. B. 1g
En prise de 2x/g. pdt 8j.
A débiter le ou 109 le soir.



SR, ~ ④ Eropolis Bio (Spray). 1g
3 x/g. pdt 8j.



147, 70

إلودريل[®]

كلوربوكسيدين-كلوروبوتانول

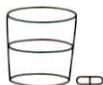
محلول لغسل الفم



قارورة من فئة 90 ملل مزودة بكوب - مقياس

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Préparés dispersibles



Prendre avec un verre d'eau
يبلع مع كأس من الماء

ou



Prendre préalablement
un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحركه جيداً

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

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



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

Huiles
Essentielles



15 ml

PROPOLIS ORL BIO
LOT: 13JP005
PER: 01.2022
PPV: 55.00 DH

