

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.

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.

Optique :

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

Education :

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.

Déclaration 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.

Debroux et Dentaire
6509

Déclaration de Maladie : N° P19-0021318

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : RTR

Nom & Prénom : M.A.H.Joubi Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 317 lotissement Jaimouli Lissasfa

Tél. : 0667454866 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/10/2010

Nom et prénom du malade : Majdoubi N. A. Age :

Lien de parenté : Frère Lui-même Conjoint Enfant

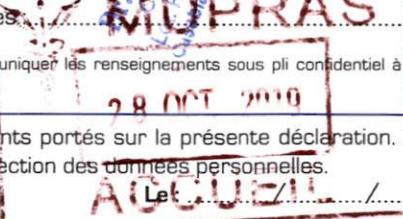
Nature de la maladie : Devis Prost

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 MUPRAS

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 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des s	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Chet et signature du atoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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 de l'ODF.																											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D 180</i>																								
			MONTANTS DES SOINS <i>2003</i>																								
			DEBUT D'EXECUTION <i>2018</i>																								
			FIN D'EXECUTION <i>2018</i>																								
ODF PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>			H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		B		00000000		00000000		35533411		11433553	
H		21433552																									
25533412		00000000																									
00000000		00000000																									
D		B																									
00000000		00000000																									
35533411		11433553																									
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <i>D 180</i>																										
	MONTANTS DES SOINS <i>2003</i>																										
	DATE DE DEVIS <i>23/10/18</i>																										
	DATE DE L'EXECUTION <i>21/11/18</i>																										
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																											

Docteur ABOUELMIR AHLAM

Chirurgien Dentiste

Implantologie, Soins, Prothèse, chirurgie

Radio, blanchiment

Orthodontie :Adulte et enfant

Note D'honoraires

Date :27/11/2019

Nom : MAHJOUBI MOHAMED

Total des prothèses effectués est

De deux mille dirhams

2000 DH

IF :51489310

ICE :001663718000023

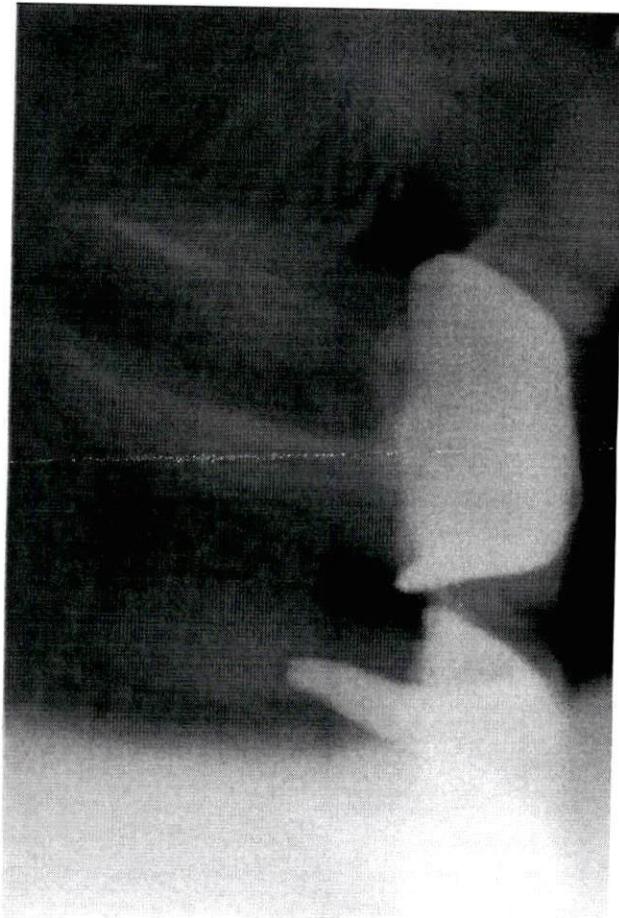
Signature

*Dr ABOUELMIR Ahlam
Chirurgien Dentiste
Orthodontiste
Lottissement Haj Fateh, N°520 Lissasfa
Casablanca
Tel 0522 93 41 33*

Lotissement HajFateh, N°520 Lissasfa-Casablanca-tél :0522 93 41 33

Patient: MAHJOUBI MOHAMED

27NOV2019 16:05



Rx — Apne
ECM. 47

DR. ABOUELMIR Ahlam
Chirurgie Dentiste
Lei. Haf Falah N°520 Lissasfa
Casablanca - T: 05 22 93 41 33

Note:

DR ABOUELMIR AHLAM

Patient: MAHJOUBI MOHAMED

1659

23OCT2019 18:37

5



Note:

DR ABOUELMIR AHLAM