

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 canalaire, 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 canalaire.

Déclaration de Maladie et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



16897

RID

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023670

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

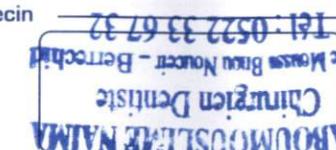
Nom & Prénom : ouhni moha Date de naissance : 1948

Adresse : 46 Rue Sallam El houda A. Berchid

Tél. 06.55.80.87.51 Total des frais engagés : 537,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2019

Nom et prénom du malade : OUHNI MOHA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : de faire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
22/11/19	5	D	100.00	19.0527336732 97, Rue Maurice Bonnet - Berrechid Chirurgien Dentiste Dr. A. POLIMOUSSE NAIMA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CLINIQUE Hallina MARABOUTI Berrechid 93 Bd Mohamed V 22/11/19 Tél : 05 22 32 40 88	22/11/19	137.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	15	Gx	D6	COEFFICIENT DES TRAVAUX D6
				MONTANTS DES SOINS 300.00
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 26/11/2019
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

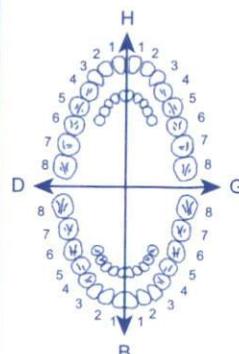
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
	15	Ga	D6	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				300 DM
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				26/11/2019

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	B	00000000	00000000											
	G	35533411	11433553											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS												
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naima ABOUMOUSLIME

CHIRURGIEN - DENTISTE
ORTHODONTISTE

Diplômée d'état de la faculté de Médecine
et de Chirurgie Dentaire de Casablanca



الدكتورة نعيمة أبو مسلم

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Berrechid le : 8/11/80.19 برشيد في :

OUHNI - RHTA

90,50

0 ERY

1 P 3 -

1665

0 XEL

T = 137.10

PHARMACIE BERRECHID
Hallou MARRAKCHI QUATRIÈME
53 Bd Mohamed V Berrechid
Tél : 05 22 32 40 68

10019001
P 01902 / 20
P 01900 DH 50

90,50



xénid 50mg
30 comprimés enrobés

6 118000 140511

30 قرص امباس



LOT : 4387
PER : 05/21
PPV : 48,60 DH

Dr. ABOU
Chini

9, Rue Moussa Bnou Nouceir - Berrechid
Tél : 0522 33 67 32

97 ، شارع موسى بن نصیر رقم الشقة 8 الطابق 2 (قرب المقطعة الثانية) - الهاتف

97، Bd Moussa Bnou Nouceir Appt 8 - 2^{ème} Etage - Berrechid - Tel : 05 22 33 67 32