

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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
Nº P19-0046195

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAIAL Abd el hafiz

Date de naissance : 01/10/60

Adresse : Bouskhef, 1er. Sg n° 55 case

Tél. : 0673730831

Total des frais engagés : 252,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/18

Nom et prénom du malade : Jalal El Ismail

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Consultation

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.

18 SEP. 2019

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.

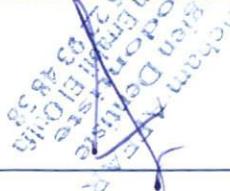
Fait à : Casab

Le : 18/09/19

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
26/07/19	Consultation		Gnent	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/2019	77252160+

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

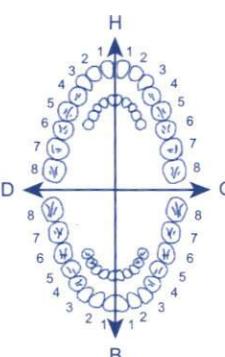
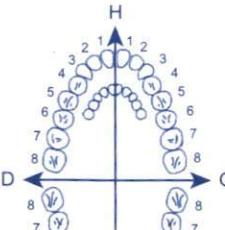
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
Montants des Soins				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
Date du devis				

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne (France)
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة
بوركين بفرنسا
حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة
تولوز

AUGMENTIN 1g /125 mg
sachets
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

ORDONNANCE

Casablanca, le 26/07/2019

Mr. ISMAIL JALAL

126.30 X 2

1) AUGMENTIN 1 / 125 G / MG



1 SACHET 3X/JOUR

2BOITES

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 603592
PER: 06/20



156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
شارع أم الربيع الائفة - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء
PHARMACIE AZIZI
Dr. AZIZI - M. AZIZI
156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
شارع أم الربيع الائفة - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
شارع أم الربيع الائفة - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء
PHARMACIE AZIZI
Dr. AZIZI - M. AZIZI
156, bd. Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa. Tél. : 05 22 93 48 38 - Casablanca 20222
شارع أم الربيع الائفة - الطابق الأول الهاتف : 05.22.93.48.39 - الدار البيضاء

AUGMENTIN 1g /125 mg
sachets
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 603592
PER: 06/20

Comp
Amo
(sc
Ac:
(sous tenu
de potas:
Contien
(environ
Mise
risq
Vc
T

