

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

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.

die 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- 0044944

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 07739 Société : R AM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL Mohamed

Date de naissance :

14 - 10 - 1956

Adresse :

Habi Luelle.

Tél. : 0604331303

Total des frais engagés : 389,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Encephal

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

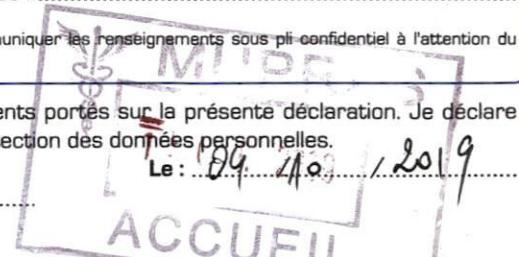
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 09/10/2019

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
05/01/2019	Consultation	1	100.00	Dr. ABDERRAHMANE BEN YOUSSEF Signature: 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/19	329,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

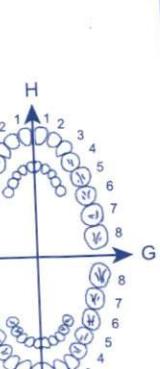
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
			
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
$ \begin{array}{r} \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \end{array} \\ \begin{array}{c} H \\ \hline D \\ \hline B \end{array} \qquad \begin{array}{c} G \\ \hline G \\ \hline \end{array} \end{array} $			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DÉBUT D'EXÉCUTION			
FIN D'EXÉCUTION			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلق

خبر لدى المحاكم

FADIL

Casablanca, le :

06 OCT 2019

الدار البيضاء، في :

1. Encefal 200 19,70 19,70
2. Prodefen 99,00 109,70
109,70 02222
LGT 1430
3. Mox 500 109,70
500 01.2019
01.2021
4. Enterofermina 60,00 109,70
60,00 02-2022
PPV : 110,50 DH
5. Futsiga 200 40,12 40,12
329,20 40,00

PRODEFEN
Complément alimentaire

Lot :

Date de Fab :

Date de Pér :

PPC : 99 Dhs

109920

01.2019

01.2021

LOT : 05619002
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P. 1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina, susp b/10 fl
P.P.V : 60,00 DH

6118001 081653

LOT 191208 1
FYP 05 2021
FPV 40,00
40,00

80 ناظم مع مولاي التهامي (فوك مكتبة الطفل الاجتماعي) مولاي - العي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : E-mail : drgzsa@gmail.com