

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.

Rééducation :

- 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- 0013841

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06802 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : CHOUAIBI MOSTAFA Date de naissance : 21/03/1959
Adresse : Abitelli
Tél. : 066.84.99.37.1 Total des frais engagés : 588,23 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/10/19

Nom et prénom du malade : CHOUAIBI Labna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bruxisme

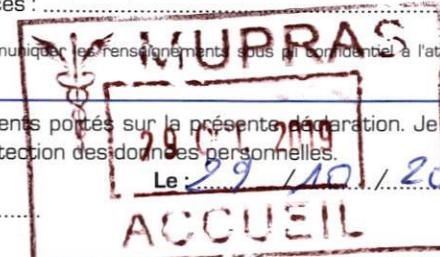
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Carca

Signature de l'adhérent(e) : J. P.



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE HAY HAKAM Dr. RIHANE MOHCINE IN° 40 Rue 31 Bd. Ibn Tachfine Casablanca - Tél: 022 62 10 00	08/12/19	33320 1

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8 on each side) and a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis to the left is labeled 'D', the horizontal axis to the right is labeled 'G', and the vertical axis at the bottom is labeled 'B'.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU BRÉVET DE L'INVENTEUR

1924-1925 CAGLIARI PUZZLE IN PRACTICE AT THE STAGE AND IN REVOLUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 08/10/19

٢٢٦

Osmane B. Labna

١٥٨

~~١ - Sepcun 250 mg
١ g 204~~

٢١٢

~~٢ - Aspogin~~

٥١٠

~~٣ - Brodene 150 mg
٢ ce 3 x 2~~

٨٤٥

~~٤ - alecur~~

٦٠٠

~~٥ - ١ gel ١٥٠~~

١

~~٦ - Fuplex~~

٣٣٣٣٢

~~٧ - ١ B.B 16~~

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

ASPEGIC 500 MG
SACHETS B10
P.P.V : 27DH20
LOT : 8MM0073
PER : 11/2020
6 118000 061090

Lot : NVM18
A consommer avant le : 05/2022
PPC: 84.50 DH

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinate
Boîte de 10 Fioles buvables
PPV 60.00 Dhs
6 118001 440016

Dr. GHALIM Abdel
Médecin Généraliste Vacancier
Service des Urgences



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Nom : CHOUAIK Prénom : John

1) Date de la constatation de l'état de malade

08/12/19

2) Renseignements cliniques sommaires :

Bte AM

3) Traitement envisagé et actes :

Nebulis

KP

2) Durée prévisible du traitement :

A

Com

LE

Dr. t/1/11 Attaillaa
Medecin généraliste vacataire
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Zraoui

Signature



N° IPP :	599451	N° SEJOUR :	190035765	FACTURE N° 1905015956				DATE D'ENTREE :	08/10/2019	DATE DE SORTIE :	08/10/2019	
ASSURE :								DESTINATAIRE :				
MALADE :	UF: 5002 URGENCES				CHOUAIBI, Lobna							
NOM JEUNE FILLE :	N° IMMAT C.N.S.S. :											
TIERS PAYANT 1 :	N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :											
TIERS PAYANT 2 :												
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE			
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT		
AUTRES ACTES COTES EN K										0.00	225.00	
Acte de Spécialité Médicale	K	10.00	22.50	225.00								
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				4.18						0.00	4.18	
FOURNITURES MEDICALES				25.85						0.00	25.85	
Intervenant : 13072009 GHALIM ABDELHAK GENERALISTE					255.03						255.03	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE CINQ DHS ET TROIS CENTIMES					PLAFOND PC :					ACOMPTE :		
					REMISE :	0.00	REGLE :	255.03	AVOIR :			
					RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 08/10/2019					ACCIDENT DE TRAVAIL :					DATE AT :		
EDITEE LE : 08/10/2019					N° DE POLICE :							
PAR: SAGHIR					Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
VISA					BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
					N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54							