

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

tions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

iologie 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.

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.

ntaire :

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- 0042603

ANPC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7004

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0661339850

Total des frais engagés : 6100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade : AMELLAH jihALI

Age: 56

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : C.R.A.

Le : 25/12/20

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
27/01/12	Cs		2000	Dr. NIKOU optométriste blanc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
JUMELLE OPTIC 2 RESIDENCE TAIBA 86 RUE LISERE TADART KOU-0522 819 819	19-02-90					5800000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

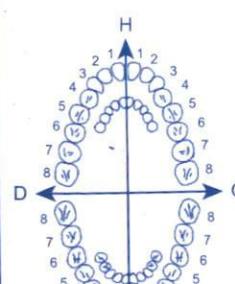
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	CŒFFICIENT DES TRAVAUX										
	<p>H</p> <table> <tbody> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </tbody> </table> <p>D G</p> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<hr/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<input type="text"/>										
		<input type="text"/>										
		<input type="text"/>										
		<input type="text"/>										
		<input type="text"/>										
		<input type="text"/>										
MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>										
DATE DU DEVIS		<input type="text"/>										

Ancien interne des hôpitaux de france

Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII



PT200127100859

27 janvier 2020

Mr. AMELLAH Jilali

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets multi-couches

VL : OD = + 2.00 (- 0.75 à 73°)

OG = + 2.00 (- 0.75 à 90°)

VP : $ODG = Add : + 2.25$

RECEIVED
REFERENCE
SECTION
APR 11 1964
819 619
APR 11 1964
819 619
JUN 11 1964
RECEIVED
REFERENCE
SECTION
APR 11 1964
819 619
APR 11 1964
819 619

Dr. Reda MIKOU

~~Dr. med. o.
Ohr-Nasen-Ohrentzahnarzt~~

Porte 10 Air Tropicale - Casablanca

imo@mail.com

Jumelles Optic Sarl

CASABLANCA LE 19/02/2020

M: AMELLAH JILALI

SUR ORDONNANCE DU DOCTOR : REDA MIKOU

FACTURE N° :5161/2020

Désignation	Montant
<i>Monture optique:</i>	1500.00
<i>Verre droit : Progressif organique AR</i>	2150.00
<i>Verre gauche : organique AR</i>	2150.00
Total TTC	5800.00

Arrêtée la présente facture à la somme Cinq mille huit cent en espèce