

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

itions 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.

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.

tique :

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 : N° P19-0010216

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5011 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Royal Ismail Date de naissance :

Adresse : H 307 lot n° WAFA DEROUA

Tél. : 068152673 Total des frais engagés : 120 + 246,16 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Docteur Houda Bouanane
Medecine Générale
Lot Makhlout 2 N 225 app N 1
Deroua - Berrechid
tel 0522 51 49 13*

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mr Roudha Ismail Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de la Ball

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 : DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

Le : 04/10/2020

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
01/02/2020	Actes	CS	1260000	Houma Bougouffa Medecine Generale Lot Makhlouf 2 N 22 app N 1 Deroua - Benachid Tél 0522 559 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.2.2020	246,10

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
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Houda BOUANANE

Médecine Générale

Diplômée de la faculté de
Médecine de Casablanca
Tél : 05 22 51 59 13



الدكتورة هدى بو عنان
الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الهاتف : 05 22 51 59 13 :

Deroua le, 04/02/2020

Mr ROUAK Ismail

29,00
ZITHROMAX 500

1 comp / jour, prendre à distance des repas

ZITHROMAX 500 MG

Boîte de 03 comprimés

Lot : 1279481

Date Fab : 08/2019 Date Exp : 07/2021

PPV : 79.70 DH

42,00
PREDNI 20 MG

3 cp / j, le matin, ap rep, pd 5 js

61,10
ASPÉGIC 1000

1 sach 3 / jour, ap rep

ASPEGIC 1G
SACHETS B20

P.P.V : 61DH10

63,30
BALLONYL

1 cp 3 / j, pendant 10 jours

6 118000 061076

246,10
Dr Houda Bouanane
Médecine Générale
Lot Maklouf 2 N° 228 appart 1
Deroua 228 app 1
Tél : 05 22 51 59 13

42,00

الرقم 228 الشقة 1 الدروة - برشيد

Lot Maklouf 2 N° 228 Appartement 1

E-mail: cabinetdrbouanane@



Fabriqué par : Deva
Pharmaceutique
146-147, Zone Industrielle
Tétouan - Casablanca