

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.

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19-0025101

☒ Maladie

☐ Dentaire

N° 28409 ☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2188 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DYAE EL MOSTAFA

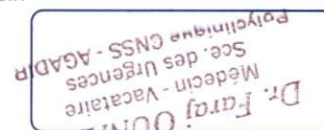
Date de naissance : 02/01/46

Adresse : HAY ANI 9311 RUE 18 N° 71 CASA AIN CHOCK
CASA

Tél : 0666965745 Total des frais engagés : 293,67 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/05/2020

Nom et prénom du malade : MEHDIH - OUMHANT Age : 74 ANS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Agadir Le : 25/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
25/05/2020			146,70	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/2020	146,70

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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agadir, le : 25/05/2020.

M: M. EL H. OUMHANI

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phthysio-logie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscérale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

87,00

1) WARMAG. 62 300

sgly sm

87,00

2) Cedebronat

up x 33 ap

21,00

3) Librax 405

sgly sm

LOT: 0071
PER: 02-23
PPC: 87.00

PPV 38DH70
EXP 09/2022
LOT 96011 8

OT: 19160 PER: 12/20
PPV: 21.00 DH

Dr. El H. OUMHANI
Médecin - Urgences
Polyclinique CNSS - AGADIR

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR

Extension X, Rue Moulay Youssef

80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24

INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	566190	N° SEJOUR :	200021408	FACTURE N° 2005010965		DATE D'ENTREE : 25/05/2020		DATE DE SORTIE : 25/05/2020	
ASSURE :				DESTINATAIRE : MEHAH, Oumhani					
MALADE : MEHAH, Oumhani									
NOM JEUNE FILLE :									
TIERS PAYANT 1 :									
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :					
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :					
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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	12
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	1
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				7.87					0.00	
FOURNITURES MEDICALES				4.10					0.00	

Intervenant : 20072 DR OUNAJIM FARAJ (GENERALISTE)	TOTAUX :	146.97							14
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
CENT QUARANTE SIX DHS ET QUATRE-VINGT DIX-SEPT CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	146.97			AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00						
DATE FACTURE : 25/05/2020	EDITEE LE : 25/05/2020	PAR: ELADMI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR						
			BANQUE : BMCE - AGADIR						
			N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03						