

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

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.

caire :

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.

adie 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

N°: 28409
 Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2188 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DYAEEL EL MOSTAFA

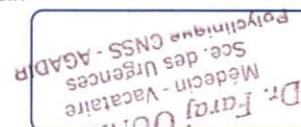
Date de naissance : 02/01/46

Adresse : HAY AN. QASIP RUE 18 N°. 71 CASA AIN CHOCK
CA SA

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/05 / 12

Nom et prénom du malade : MEHATH-H-SUMHANT Age : 74ANS

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 : 25/10/05

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
25/06/2010	u		14600 F	D: Dr. GUNIA Médecin - Spécialiste des malades de l'INS Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMAGÉCIA Marché Central 05 23 34 38 89 04 23 18 44 0	17/07/11	25 Postale 116,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

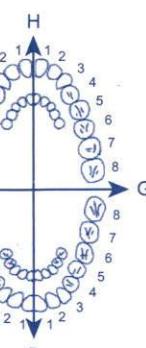
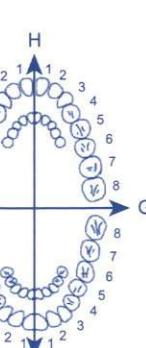
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
				DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Agadir, le : 25/05/2020.

M: METHIUM-90

أڭادير
AGADIR

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
 - * Gastro-Entérologie
 - * Pédiatrie (Neonatalogie)
 - * Dermatologie
 - * Endocrino - Diabétologie
 - * Pneumo - Physiologie
 - * 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

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

رزنقة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف : 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24
Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24

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 :

MALADE : MEHAIH,Oumhani

UF: 5002 URGENCES

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. :

DESTINATAIRE :

MEHAIH,Oumhani

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
CONSULTATAION 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						

