

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT ET LA GESTION DES 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.

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- 060032

ND^o 29843

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8723 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bourhil Mostafa

Date de naissance : 8.8.55

Adresse : Hay EL Walla im 20 N° 15

Tél. : 06 62 600 853 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : S. Bourhil Bourhil Age: 18 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : dégénérescence maculaire

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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie RAHMANI Dr. FILALI ILHAM Lot. Rahmani Rue 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tél : 05 22 72 89 28</p> 	18/05/2020	581,00 DH

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	

LES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de traiter l'individu de la manière la plus appropriée, 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

PHARMACIE RAHMANI
LOT RAHMANI RUE 14 N 76 SIDI MOUMEN
PHARMACIE RAHMANI



DR FILALI ILHAM

R.C :297116

Patente:33035628

T.V.A :

C.N.S.S:

Banque:

Tél :0522 72 89 88

Le 18/05/2020

FACTURE N°431612

BOURHIL SANAA

Désignation	Quantité	PPM	Total
NOVOMIX 30 FLEXPEN BT 5 STYLO	1	581,00	581,00
<p>Pharmacie RAHMANI Dr. FILALI ILHAM Lot. Rahmani Rue 14 N° 76 Sidi Moumen - Casablanca Tel.: 05 22 72 89 88</p>			Total = 581,00

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Quatre-vingt Un Dirhams.

5 مل مل

نوفوميكس® 30 فلوكسيسين®

100 وحدة / مل

معلق للحقن في قلم مع با مسبقا
أنسولين أسيبرت
للحقن تحت الجلد

مصمم خصيصا للاستعمال مع ابر نوفوفين® أو نوفوتويست®
للاستعمال الوحديد، وذات أقصى طول 8 مم.
لا تحتوي العلبة على الإبر

1 مل من المعلق يحتوي على 100 وحدة (3.5 مل) من أنسولين
أسيبرت (ADNr)
(30% من الأنسولين أسيبرت المنحل و 70% من الأنسولين
أسيبرت متبلور بالبروتامين)
غليسيرول، فيتول، ميتاكريسول، كلوريد الزنك، كلوريد
الصوديوم، ديهيدرات فوسفاط الديصوديوم، سولفات البروتامين،
هيدروكسيد الصوديوم، حمض الكلوريدريك و ماء لتحضير
الحقنات

Respecter les doses prescrites احترم المقدار الممعينة

Uniquement sur ordonnance/Liste II بصرف فقط بمحض وصفة طبية/لائحة II



مستورد و موزع من طرف لا بروفان
زنقة الأوداية 21
الدار البيضاء 20300

© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفواني
DK-2880 باوسفريد
الدنمارك

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 581 DH



8-9674-73-270-1