

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.



ADP 230360
Déclaration de Maladie
N° P19- 051983

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : *11443*

Société : *RAM*

Actif

Pensionné[e]

Autre

Nom & Prénom : *EL HLOU Aissa*

Date de naissance : *03-04-76*

Adresse :

Tél. : *0624 225518*

Total des frais engagés : *417* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/08/2020*

Nom et prénom du malade : *R² EL HLOU Aissa* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Anagrine*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Dr. Imrane MOJATASSIM*

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 : *CASABLANCA*

Le : *24/08/2020*

Signature de l'adhérent[e] : *[Signature]*

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
24.06 2020	C.		1101.00	 Dr. Inane MOULAI MEDEF Pôle M Visite Médicale 10 BD Oufella Casablanca Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme LARAKI Ghislaine 142, Bd Abdelhadi Bourguiba Elle à la Fournière Hay Hassi 05.22.90.38.38	24/10/2020	267.00

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Dr. Imrane MOUATASSIM
Médecin Urgentiste

Visite à domicile

Assistance médicale 24h/24h et 7j/7j

Transport médicalisé

Echographie

ECG



710, Bd Oued Sabou
Angle terminus 35 - EL ALIA
Tél: 05 22 90 33 27
06 42 41 41 37
drimrane@gmail.com

Casablanca, le 24 - 06 - 2020 الدار البيضاء، في

R⁺ EL HLOU Aissa

99.00

21 A CLAV 1g

S.V.

1 sachet = 210 mg C.Gm

19.70

21 Algantil 200

S.V.

42.80

31 Enzyme x 4p

S.V.

310

89.50

41 Agiprol alluvioire

S.V.

310

16.00

14ppl

S.V.

310

5/ Andaluc

S.V.

410

267.0

S.V.

Jr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREÉ
Par le Ministère de la Santé
Visite Médicale - Point de Casablanca
710, BD. Oued Sabou
Tel: 05 22 90 33 27

CNSS: 4734134

