

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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ducation :

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.

taire :

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.



Maladie de Longue durée
Déclaration de Maladie
N° P19- 0043886

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0536 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAZOUT LHOUESSINE

Date de naissance : 20/11/1946

Adresse : H.A.S DAWRA I RUE 21 N° 8

Tél. : 0662 02 72 44 Total des frais engagés : 133,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

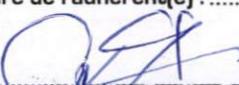
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 03/07/2020

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
PHARMACIE DAKHLIA 91, Avenue El Inara Hay El Inara Casablanca Tél : 05 22 50 10 82	3/7/20	133.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	3/7/20		

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

PHARMACIE DAKHLA

صيغة الدالة

MOUAKET RACHIDA

Pharmacien

91 Avenue Dakbla

Hay INARA I.-Aün Chock

Casablanca

Casablanca
Tél : 05 22 50 10 82

موقعت رشیدہ

91، شارع الداخلة - حي الإنارة 1

عن الشّفاعة

الآباء والآباء

مکار ایجینٹ

الهاتف: 82 10 50 22 05

Casablanca, le 31/2/20

FACTURE N° N° 008844

M T A ZOUT khud'souf

Quantité	Désignation	P.U.
1	doxycycline	39,60
1	Medicine of	60.00
1	Novel Supr	17,30
1	Titanium pole	16
		133,10
<p>Arrêtée du présent faculté à la fin de ce trait trois J</p> <p>et 10 cb</p> <p>PHARMACIE DAKHLIA 91, Avenue Hay El Inara Dakhlia Tel: 056 20 10 82</p>		

R.C. 236078 -Patente : 43016558

Dr. Dounia MANNI

Neurologue

- Electro Encéphalogramme (vidéo-EEG)
- Electro Neuromyogramme (ENMG)



الدكتورة دنيا مانى

اختصاصية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
التحفيظ الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التحفيظ الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

29.5.2020

الدار البيضاء في :

Mme Bourrad. Khadouj

g.80

1 Jaroxyl gts. N° 521

0 - 0 - 3 gts au coudé x 058

pas 0 - 0 - 5 gts x 03mls

Per sebile

PHARMACIE DAKHLA
97 Avenue Dakhla
Hay El Marra Casablanca
Tél : 05 22 50 10 82

Dr. MANNI Dounia
NEUROLOGUE
N° 01, Imme. 3, Bd. El Qods
Ain Chock - CASABLANCA

شارع القدس، الضمان، عمارة 8 الطابق السفلي، رقم 1 - عين الشق - البيضاء

Avenue Al Qods, Addamane Immeuble 8, Rez de Chaussée N° 1 - Ain Chock - Casablanca

Tél.: +212 5 22 21 51 86 / GSM : +212 6 26 74 84 02 - E-mail : mannineurologue@gmail.com