

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.

Pathologie 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.

Rééducation :

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.

Prothèse 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- 0042723

ND: 35199 PNT

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2962 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abdelwahid Jamal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/07/2023

Nom et prénom du malade : WADAH JAMAL Age :

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

Nature de la maladie : céphalée - vertiges - insomnie

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) :

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
15/5/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.05.23	

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

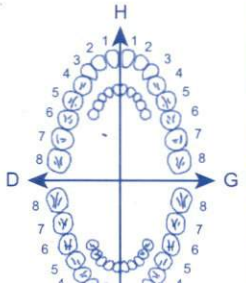
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

D	H	G	B	
	25533412 00000000	21433552 00000000	35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS

Docteur Souâd Meknassi

MEDECINE GÉNÉRALE

Médecine de travail

Certificat de nutrition

Diplôme d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

162, Rue 33 (Ex. Rue lakknadssa)

1er Etage - Bin Lamdoune - Casablanca

Tél. : 05 22 21 52 49

Aut. N° 7.829

الدكتورة سعاد مكناسي

الطب العام

طب الشغل

شهادة الحمية و التغذية

شهادة التصوير بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

162, زنقة 33 (زنقة لقنادسية سابقا)
الطابق الأول - بين المدن - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 21 52 49

Casablanca, le 17/17/2020 في الدار البيضاء،

WAFIA ISANK

Dysonie neurologique gauche
+ Lendement en flexion. Brûlé du
bras droit.

IRN cerebral.

Dr. MEKNASSI S. Souâd
MEDECINE GENERALE
162, Rue 33 (Ex. Rue lakknadssa)
1er Etage - Bin Lamdoune - Casablanca
Tél. : 05 22 21 52 49

Docteur Souâd Meknassi

MEDECINE GENERALE

Médecine de travail

Certificat de nutrition

Diplôme d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

162, Rue 33 (Ex. Rue lakknadssa)

1er Etage - Bin Lamdoune - Casablanca

Tél. : 05 22 21 52 49

Aut. N° 7.829

الدكتورة سعاد مكناسي

الطب العام

طب الشغل

شهادة الحمية والتغذية

شهادة التصوير بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

162، زنقة 33 (زنقة لقنادسية سابقا)

الطابق الأول - بين المدن - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 21 52 49

Casablanca, le 17/12/2020 في الدار البيضاء،

7me WADIA I CANKE

58.90

- oxy genon



100 x 2/1

21.60



regon

selul x 2/1

80.40

Pharmacie Hind
Lot Municipal Bloc 11
N° 516 Bis, Hay hassani
Tél. : 05 22 91 44 57 - Casa

MEKNASSI Souad
MEDECINE GENERALE
162, rue lakknadssa - Bin lamdoune
Téléph. 05 22 21 52 49