

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.

Radiologie 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.

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° W19-506967

ND: 36011

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6419 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RASSID SAJD

Date de naissance : 16/08/1968

Adresse : 529 lot Haïf Fotta Oufella

Tél. : 0661.566.363 Total des frais engagés : 346,80 Dhs

Dr NOUNA M'hamed

PÉDIATRE

82. Av. Abu Chouaib Doukkali
Ain Chira II Casab 20550
Tel: 0522.85.10.58

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2020 Nom et prénom du malade : RASSID Hamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : conjonctive + astéto

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
21.3.20	CS	1	250	INP : [REDACTED] Dr. NOUNA M'hamed PEDIATRIC 82 AV. ABB. CHOUAIB DOUKKALI Tunis 11 Casab 20550 Tel: 0522 85.10.58

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
21/3/20		968

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur NOUNA M'hamed

Pédiatre

Lauréat de la faculté de médecine d'Amiens

Spécialiste des maladies du Nouveau-né

Nourrisson et L'Enfant

Asthme de l'enfant et Maladies

Allergiques

PHARMACIE FARAH EL KHEIR SARL
251, Bd Aba Chouaib Doukkali
Tél : 05 22 81 52 10
ICE : 001843331000084

الدكتور نونا محمد

خريج كلية الطب بأميان

أخصائي في أمراض الرضيع و الطفل

مرض الربو (الضيق)

أمراض الحساسية

البيضاء في

21/03/2020

Casablanca, le

Nom/Prénom : RASSID **Mahmoud**

Poids : Poids : 8,200 Kg **age :** age : 4 mois et 29 jours

1) PRIMALAN Sirop Fl/60ml

Prendre 1 cuillère mesure le soir, pendant 15 jours

2) SOPHTAL 0,1% Collyre Fl/10ml

Prendre 2 gouttes 4 fois par jour, pendant 6 jours

3) ZENTEL 0,4 g/10 ml Susp buv Fl/10ml

1/2 flacon ce jour à répéter dans 7 jours.

1 boite

1 boite

1 boite

Dr NOUNA M'hamed
PEDIATRE
82. Av. Aba Chouaib Doukkali
Ain Chifa II Casab 20550
Tél: 0522 85 10 58



LOT 193005
EXP 12/2021
PPV 18,50

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 45,90 DH
6 118001 141357

POMMAMAN
01/06/2021
SIRUP FL 120 ML
PPV : 31DH90
6 118000 011347