

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.

Diologie 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.

Education :

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.

re :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

Facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

et Affection Longue Durée ALD et ALC :

Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044309

ND: 37072

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : LOT APPARTEMENT N°1 RUE 1 RT 1 27 80 OULFA CTS A

Tél. : 06 70 98 62 80 Total des frais engagés : 841,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/08/2020

Nom et prénom du malade : HAJIL MOHAMED Age: 76

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 de déclarante avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : C.S.A. Le : 17/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : 17-08-2020

Le : 17/08/2020

ACCUEIL

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
17/11/20	CSL ECG	.	150,00 100,00	Dr. MOHAMED BENJELLOUN cardiologue Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chambre 201 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE M. GOUFIANE Groupement d'Établissements Galénica EL Oued - Algérie Tél. : 05 22 89 09 63 ICP : 000500246000026	17-8-2020	591,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

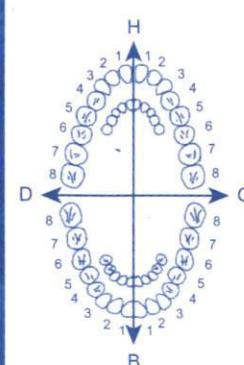
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	00000000
25533411	11432553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTÉ



17/08/2020
 Casablanca, le :

HAJIL Mohamed

CO TAREG 80/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

ITAFLAM

1 application, matin et soir

RELAXOL

1 comprimé le matin et soir

153,00 x 3

75,00

53,10

591,10



6 118001 030125

COTAREG 80/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 153,00 DH



6 118001 030125

COTAREG 80/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 153,00 DH



6 118001 030125

COTAREG 80/12.5 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 153,00 DH



RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10

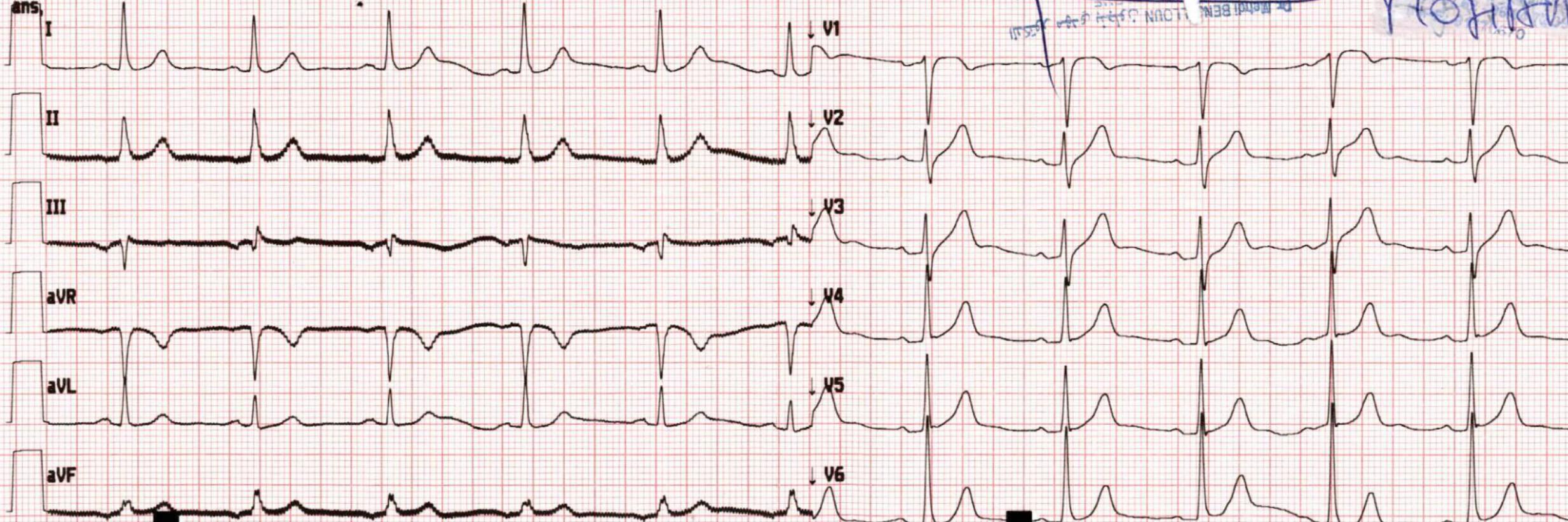
6 118000 060833

PHARMACIE SOUFIANE
 Groupe K - Bld 154 N° 23/25
 EL Oulfa - Casablanca
 Tél : 05 22 89 09 63
 Fax : 000500246000026

Dr. Mehdi BENJELLOUN
 Casablanca
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - El Oulfa
 Tél : 05 22 89 09 63 - Fax : 000500246000026
 WAP : 91170870

ID:
D-naiss:
ans,

17-Aou-2020 11:22:10 Fréq. Card.: 68 BPM
Axes P-R-T: -34 11 13 Int PR: 133ms
Dur.QRS: 92ms QT/QTc: 365/382ms



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence #15272 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz