

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.

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.

38 853

Déclaration de Maladie : N° P19-0009938

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14411Société : RAM Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : BELKHAMAR MedDate de naissance : 31/12/16Adresse : LOT EL WAFA N° H16 DEROUATél. : 06 61313940 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/7/2020Nom et prénom du malade : Belkhamar Chaimae Age :

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

O.RL -

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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
29/06/2018 29/06/2018 29/06/2018	C	1200		Dr Mahomed A. DAHMANI Omnipraticien Médecin de famille Téléphone : 06 08 32 72 33 Fax : 06 08 32 72 33 Email : maha.dahmani@orange.fr Date : 01/07/2018

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAFIZA MURTAZA g SAFIA U Famille Murtaza Immeuble Mag 1 INPE 1062688778 2020-07-21 08:44	27/07/2020	243,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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.

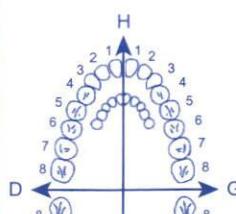
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline & \\ 00000000 & 00000000 \end{array}$$



(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	

Dr. Mohamed DAHOUNE

Médecine Générale

Echographie Générale

Médecin Expert

Assermenté près les Tribunaux



للدكتور محمد داحون

الطب العام

الفحص بالموجات الصوتية

خبير ملحق لدى المحاكم

27-7-2020

Berrechid, في:

ANTIBIO SYNALAR

39,40

Antibio synalar 300
amicalore -

55,40

Surgam 200 300

82,30

Esai 20'

87,-

Relaxin 300

LOT : 2002081
P.R.A.: 12/12/2022

SURGAM 200MG
CP SEC B20
P.P.V : 55DH40

6 118000 060857



PHARMACIE HAY AL MANZAH
SARL AU
Lot Al Manzah Immeuble Mag 1
Lot N°P.E : 062008778
Tél : 0522 32 72 33

Dr. Mohamed DAHOUNE
Omnipraticien- échographiste
Médecin Expert Assermenté
Prés les Tribunaux
11 - Rue Moussa Ibn Noussair
Berrechid Tél.: 0522 32 72 33
N.F.E 061011581

05 22 32 72 33 : الهاتف - برشيد - زنقة موسى بن نصیر

113, Rue Moussa Ibn Noussair (Prés de Crédit Agricole Bd, Med V) - Berrechid - Tél : 05 22 32 72 33