

# 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.

## 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 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.

38904

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004041

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

01-01-51

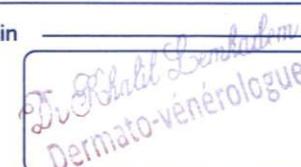
Nom & Prénom : Khamlichi Ned Date de naissance :

Adresse : Ala3har Apt 10 Esa 14 Tnouchet 7/2 Benkoussia

Tél. : 06.02.15.41.42 Total des frais engagés : 270,90 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : KHAMLICHI Yahya Age : 8

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatoses

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 :

RAM

Le : 09/09/2020

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
BA/08/2022	b2c2		1555	<i>Dr Ghali S. Khalil Dermato-vénérologue</i>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/8/20	180,92

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 DENTAÎRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000

#### **[Création, remont, adjonction]**

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



# وصفة

## ORDONNANCE

le 31/08/2023

KHAM LICHti yahya

(1)

Dermosal cream

لـ ٢٠١٧٤ جم le ٣٠

تم ١٩١٢١٧٤ تم ٢٨٣ جم

٣١,٩٥

(2)

Pharmacie SAIDI  
Dr. SAID Rachid  
Dr. Said Maghraoui Arabi Lot  
Tizi-n-Tichka 10000 Casablanca  
Tél. : 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

SD16 02 23  
LOT  
Prix 89.00

٨٩,٠٠

(3)

٤ لـ ٢٢

١٢٠,٩٥

٢٠٧٣ جم

Hay AL Qods, El Bernoussi - Casablanca

Tél.: 05.22.73.15.32 - 05.22.73.16.20 - 05.22.73.42.45

Fax : 05.22.73.15.72

31.90

~~جداً ملحوظاً~~

~~جداً ملحوظاً~~

~~جداً ملحوظاً~~



N° IPP : 540287	N° SEJOUR : 200027693	<b>FACTURE N° 2002011888</b>				DATE D'ENTREE : 31/08/2020		DATE DE SORTIE : 31/08/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KHAMLICHI,Yahya		
MALADE : KHAMLICHI,Yahya		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
<b>CONSULTATION DE MEDECIN</b>	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 100103 DR. LEMKADEM KHALIL				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 31/08/2020 EDITÉE LE : 31/08/2020 PAR: ALAMI				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE :						
				DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI						
				BANQUE : BMCE - BERNOUSSI						
				N° compte bancaire : 01178000049210006006888						