

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.



Voir avec Zineb
Déclaration de Maladie

Nº P19- 058207

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0763 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GANOUNI

Date de naissance : 8.12.43

Adresse : 13 Rue vancaux 01825

Tél : 06 67944168

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

39042

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Fait à : ALD

Signature de l'adhérent(e) : Zineb

Le : 11/09/2020

11/09/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PIC	IM	IV	
STJ/21/2019	Demain	1	0	0	0	125
autre	Demain	1	0	0	0	125
autre	Demain	1	0	0	0	125

BELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|c}
 \text{H} & \\
 \hline
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 00000000 & 00000000 \\
 35533411 & 11433553 \\
 \hline
 \text{P} &
 \end{array}$$

(Création, remont, adjonction)

D	G	DATE DU DEVIS
7 8 8 7 7 6	8 8 8 7 7 6	
PRA		

Madame SCALLY ép. EL GANOUNI Khaddouj

Casablanca le, 27.12.2019

FACTURE N°209/ 2019

=====

Deux Prothèses Auditives :

=====

Marque : SIEMENS
Type : Numérique PURE Charge & Go 7 nx

Bilan audio-prothétique
Adaptation sur mesure.
Suivi et contrôle régulier de l'efficacité de l'appareillage
Homologation en France et marquage CE

Garantie deux ans pièce et main d'œuvre

Prix : 21 500 x 2 = 43 000 DH HT (Quarante Trois Mille Dirhams HT)

Facture acquittée par chèque AWB N° ARV 615594

BIEN ENTENDRE
7, Rue de Sébta Res RAMI
Etg. 2 Rue 8 Casablanca
Tél. 05 22 54 21 30