

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

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.

ctique :

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.

47912

Déclaration de Maladie : N° P19-0016685

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BALMANE Mohamed Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : Cité Djémaâ Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél. : 066 17 89 212 Total des frais engagés : 873,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/2020

Nom et prénom du malade : BALMANE HABIB Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection digestive

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 Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : etab

Le : 18/10/2020



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
16/10/20	Ca		25000	DOCTEUR JAI SAFIA EP. KHALIL GASTRO - ENTEROLOGUE 104, Bd. Al Jezira - Hay Al Massira Ben M'sik - Casablanca - Maroc Tél: 0522 37 71 14

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/10/20	623,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

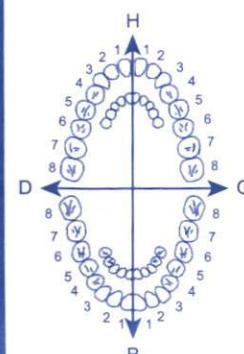
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JAÏ SAFIA Ep KILANI

Spécialiste

Des Maladies d'Appareil digestif (Estomac - Intestins - Foie) Endoscopie digestive - hemorroïdes

مفہوم کیلانی

IPP®
Omeprazole 20 mg
Boîte de 56 gélules
P.P.V. : 138,00 DH

سيه في
از الهضمى
عاء - الكبد)
ي - البواسير

IPP®

**Oméprazole 20 mg
Boîte de 56 gélules**

P.P.V. : 138,00

Casablanca, le

الدار البيضاء في ٢٠١٧ م

1st Bedouine White

(138,000 x 2) 100000 100000
will be water off by a snow

122,30x2)

6

Digitel

68, 60, 6

Report

3400 4

Thomas 102 combini amb 62

DOCTED
GASTH
104.8d Al Joo
2007 MARCH 30
EST: 05 Z

PPV
3ADH00

104، شارع الجولان - حي المنصور (أمام مستشفى بن مسيك سيدى عثمان) الدار البيضاء

104, Bd. Al Joulane - Hay Al Mansour (En face de l'hopital Ben M'sik Sidi Othmane) Casablanca

Tél : 05 22 37 71 14 - Gsm : 06 67 94 30 95