

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

ons 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.

macie :

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.



ND: 48913

Déclaration de Maladie : N° S19- 0003222

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12976 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : La perle de Mhammedia, Br abdelmaouen Imm 3 App 8 7ème étage

Tél. : 06.00.62.91.92 Total des frais engagés : 619,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/11/2020

Nom et prénom du malade : Hajar EL GSSIER

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Rhinitis chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 NOV 2020

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 : Mhammedia

Signature de l'adhérent[e] : Vtuy

Le : 17/11/2020

RAM

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
14.01.2023			256 DH	<i>Dr. I. LARBI Cabinet Maladie & Dentisterie. Etat 169, Blvd. de la Presse. Riad 2. Mohammedia T: 011 70 80 1111</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LA PHARMACIE DE LA PRESSE Angle Boulevard Mohammed V et Rue Ibn - Mohammedia Tél : 05 23 32 05 02</i>	17/1/2023	369,30

ANALYSES - RADIographies

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

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	25533412 21433552	
D	00000000 00000000	
B	00000000 00000000	
G	35533411 11433553	
H	25533412 21433552	
D	00000000 00000000	
B	00000000 00000000	
G	35533411 11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Dr. I'LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques
Diplômé de l'Université Henri Point Carré
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY
pneumoallergologue
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc



Mohammedia, le : 17/11/2010

ville El essier Hafar

(1)

Aplevax

Susp

96,90

96,90

0 - 0 - 11 x 30

soit 04 month

Aplevax* 5mg
Dexamethasone Levocetorizine
30 comprimés pelliculés

6 118 000 330585

(2)

136,20

x 2

369,30

Nasonec 50mg solution nasale (N2)
DE LA AVENUE
Mohammed VI
El Foun 2x11FN x30/cu

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

6 118 001 150 199 >

رقم 169، الطابق الأول، شارع فلسطين، الحمودية - الهاتف : 0523.304241

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél: 0523.304241 - E-mail : lazrekimad@yahoo.fr