

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.

Diagnostique 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 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 061650

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **50 156** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5552** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **SOUHAÏL ABDELMAJID**

Date de naissance : **01-01-1963**

Adresse : **13 IN 64 A. PERIOD NADIA**

CASA. Marrakech

Tél. : **0662183090** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : **SOUHAÏL Abdelmajid** Age : **58ans**

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 : **CASA** Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

PHARMACIE EL ANASSER
ABDOUL SELWA
 77 Rue Al Bachir Laalaj
 Cité Plateaux - CA 184 3778
 Tél 0544 25 9000 - 06 00 51 2 00 00

04-18-2 668,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

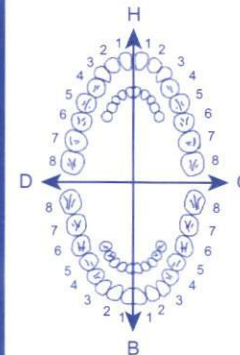
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
 25533412 21433552
 00000000 00000000
 D ————— G
 00000000 00000000
 35533411 11433553
 B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE EL HILAL

77, Rue François Ponsard CASABLANCA

Mme Laaboudi Mazouz Selwa DOCTEUR EN PHARMACIE

CNSS:2013358 R.C:295391 PATENTE:34753673 I.F:14481405 TEL:05 22 25.96.06 FAX:05 22 98.89.87 ICE:00151323900014 INPE:92024256

F A C T U R E

Client.....:SOUHAIL ABDELMAJID

ICE.....:

Date.....:04/12/2020

FACTURE.....N°: 2

! QUANTITE !	DESIGNATION	! PPV !	! MONTANT !	! TVA !
2	! CO AMAREL 2MG	125.00!	250.00!	0!
2	! APROVASC 300/10M	209.00!	418.00!	0!
DONT TVA: 7 %:		0.00	TOTAL :	668.00
DONT TVA: 20 %:		0.00		
TOTAL TVA :		0.00	TOTAL NET:	668.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
SIX CENT SOIXANTE HUIT Dirhams 00 Centimes

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
 77, Rue Al Bachir Laälaj
 Cité Plateaux - Casablanca
 Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 00151323900014

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
 77, Rue Al Bachir Laälaj
 Cité Plateaux - Casablanca
 Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 00151323900014

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain-sebaâ Casablanca
 APROVASC 300mg/10mg B2E
 Cp Pel
 PPV : 209,00 DH
 5 118001 082056

Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1,
 Ain-sebaâ Casablanca
 APROVASC 300mg/10mg B2E
 Cp Pel
 PPV : 209,00 DH
 5 118001 082056