

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

Informations 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.

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.

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- 062943

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11365 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENZAIDOUNE ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667207844 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/10/2020

Nom et prénom du malade :

BENZAIDOUNE ANASS

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

allure

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Benzaïdoun Anass

30 DEC. 2020

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme El H. J. Charaf 2, Bd Ba Hmad, Belvédère 9000 CASABLANCA 3085	8/10/20	157,20

PHARMACIE BA HMAD
Mme El H. Charafat
Dr. Ed. Belvedere
Casablanca 1004

8/10/20

Montant de la Facture

15420

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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{c|c}
 H & \\
 \hline
 25533412 & 21433552 \\
 00000000 & 00000000 \\
 \hline
 00000000 & 00000000
 \end{array}$$

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and arrows indicating movement directions. The arch is oriented with a vertical H-axis (up), a horizontal D-G axis (left), and a horizontal E-F axis (right). Arrows point from the center of each tooth towards the numbered positions, indicating the direction of movement for each tooth.

(Création, remont, adjonction)

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr. Ahmed MOUADDIB

Spécialiste en Hématologie Clinique
Maladies du Sang, des ganglions et de la rate
Greffé de moelle osseuse

Ex- responsable du service d'hématologie (Marrakech)
Ex- Directeur - Adjoint du Centre de Transfusion (Casablanca)
Ex- Médecin Attaché au service d'hématologie (CHU Casablanca)

الدكتور أحمد مهدي

اختصاصي في الأمراض الدموية
أمراض الدم والغدد الطحال
زرع النخاع العضمي

رئيس قسم الأمراض الدموية سابقا بمراشق
نائب مدير سابق بالمركز الجهو لتحقان الدم بالدار البيضاء
طبيب ملحق سابق بقسم الأمراض الدموية بالدار البيضاء

Casablanca, Le

08/10/2020

الدار البيضاء في

Mr. Benzaïdine Reem

$$26,20 \times 6 = 157,20$$

Ac fol. 5 M

14p x 2

x 6 n

157,20

PHARMACIE BA HNAD
Mme El Aït Chrafa
82, Bd Ba Hnadj - Belvédère
Tél: 22.53.81.54 - 0522.53.81.54
INPE: 092013085

Dr. Ahmed MOUADDIB
Spécialiste en Hématologie Clinique
Greffé de Moelle
165, Bd Abdelmoumen Résidence les champs Center Imm. «A» 2ème étage N°1 - Casablanca
Tél.: 05 22 27 18 62 - Fax : 05 22 48 29 31

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

ACFOL®

5mg

Acide folique / Comprimés

LOT: 14220005
PER: 03/2024
PPU: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale