

# 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.
- Le cadre réservé à la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- 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.

## Radiologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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  
M23-0018218

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2387 Société : RAO  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 187221  
 Nom & Prénom : HARIFI BACHIR RACHID  
 Date de naissance : 07-05-49  
 Adresse : 64 HAY EL MAGHRIB MARABY SECTA TEMARA  
 Tél. : 0661346226 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ASRI MOUNIRA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Thyroïde  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : RABAT  
 Signature de l'adhérent(e) : 30/10/23


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
30 OCT. 2023	CS	02	300,00 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/10/23	83,70

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte p

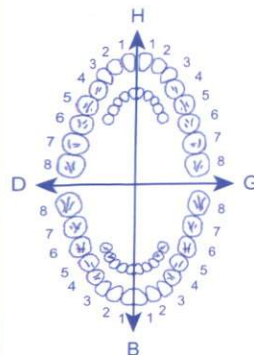
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

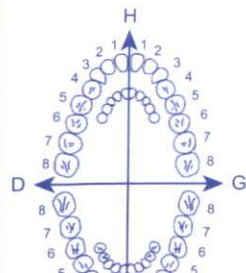


# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



مختبرات المختبرات المختبرات  
تأسست في 1970

82,70

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

**Facture N° FAC-81713**

Date : 05/12/2023

PHARMACIE KENZY  
Najat RBATI  
Docteur en Pharmacie  
4420, Lot. Al Wifak - Erac - Témara  
Tél.: 05 37 64 50 36  
INPE : 102061058

PHARMACIE KENZY  
Najat RBATI  
Docteur en Pharmacie  
4420, Lot. Al Wifak - Erac - Témara  
Tél.: 05 37 64 50 36  
INPE : 102061058

**MME ASRI MOUNIRA**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
RINOMICINE ST B10 SACHETS	1	22,70	22,70
ARGO SI 250ML SIROP	2	30,50	61,00

Total Organisme	0 DHS
Total Client	83,70 DHS
<b>Total</b>	<b>83,70 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : quatre-vingt-trois DHS et soixante-dix centimes**

LOT : 4316  
UT- AV : 05-26  
P.P.V : 30DH50



ARGO

Suspension buvable 250ml



# ARGO

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

Voie orale

LOT : 9899  
UT. AV : 06 - 25  
P.P.V : 30DH50



ARGO

Suspension buvable 250ml



بالقارورة بعد فتحها أكثر من 3 أشهر  
لا الهواء في محتويات وعاء الدواء

# ARGO

Alginate de sodium/Bicarbonate de sodium

buvable

Voie orale