

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

Sons 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 :

Toutes 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.

Education :

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- 0026763

ND: 38028

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18816

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hania

BENUTSOKRAH

Date de naissance : 09/10/1988

Adresse : 26 Rue de l'abbé Zapt n° 4 mzaif

Tél. : 0670758384

Total des frais engagés :

14520 + 300 = 14820 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 93

Nom et prénom du malade : Hania Benhadjelil SIEC Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Angiopsie lymphangite cutanée

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

Le : 23 / 03 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
23/03/20	VND		3000 DH	<i>SOS Médecins 0537 777 333 Dr. OUKILI Médecin des SOS Médecins Rats Tél: 0537 777 333</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Anna Small Pharmacie Ibn Yassine 0537 777 43 Ibn Yassine Babat - Agdar</i>	23/03/20	1245,20

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	

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 bila

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	Determination du Coefficient Masticatoire			Coefficient des Travaux
	H 25533412 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		
				Montants des Soins
				Date du devis

23/03/90

132.00

Maria Benkhader :

① Nifedipine 10 mg sachet:

13.00 1 sachet X 2 l/j Mf 7j

② Citalopram 1000 mg 4:

16p X 3 l/j

145.00

Dr. OUKILI Lalla
Pharmacie Ibn Yassine
Tél. 0537 77.27.43
Place Ibn Yassine
Rabat - Agdal

Dr. OUKILI Houssein
Médecin des Urgences
SOS Médecins Rabat

27, Angle Avenue Bine el Ouidane et Rue Dayet Roumi Tél: 0537 777 333
Agdal, Rabat MAROC

☎ 0537.777.333 ☎ 0537.775.733

E-mail : contact@sosmedecins.ma - Site Web : www.sosmedecins.ma

en sachet

Poudre pour suspension buvable

1g/125 mg

amoxicilline - acide clavulanique

NOVOCLIN®

نوڤوكلان®

أموكسيسيلين - حامض كلافولانيك

1g/125 مع

البالغ

مسحوق لمحلول شراب

في كيس

122,00



16 كيسا

مختبر نوڤوفارما



0,50 L
0,50 H
0,50 C
0,50 T
0,50 D
150
200
250
300
350

10 comprimés
Voie orale

GALENICA

G

Rhume
Migraine
Névralgies
Rhumatismes
Maux de dents

CETAMYL®

paracétamol

1000 mg

Fièvre
Grippe
Lumbago
Douleurs diverses
Douleurs des règles

Composition : AMM N° : 209/11/DMP/21/NNP

Paracétamol 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 10 comprimés

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

CETAMYL® 1000 mg

Paracetamol
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

10 أقراص
عن طريق الفم

شاليني

G

سيتاميل®

باراسيتامول

1000 ملخ

الزكام
الشقيقة
الروماتيزم
أوجاع المفاصل
آلام العضلات

الحمى
الاوجاع
نزلة برد
ألم القطن
آلام الدورة الشهرية