

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.

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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6472

Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e)

Autre : ex agent gestion

Nom & Prénom : EL HACHMI AMAL

Date de naissance : 12/02/1965

Adresse : lot oued el talets n° 73 Appt 21, Ain diab CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed CHAFIQ
NEUROLOGUE

Centre médical Sidi Othmane
3ème étage Place de la Préfecture
Avenue 10 Mars, sidi Othmane
Té: 0522 37 41 63 CASA

Date de consultation : 08/02/2020

Nom et prénom du malade : EL HACHMI Amal Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

neuropathie périphérique

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 : 10/07/2020

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 Parfaitement des Actes |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 8720 910-9685 | <i>C</i> | 1 | 2010 | DR: Mohammed CHAFIO NEUROLOGUE Centre Médical Sidi Othmane 3ème étage Place de la Préfecture Avenue 10 Mars, Sidi Othmane Tél: 0522 37 41 63 - CASA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien et du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| 101 Bd El Gods Lot Mandarcoa, Rue 14 Inara I Ain Chok - Casablanca Tel. 05 22 32 82 53 PHARMACIE | 08.07.20 | 24 52.20 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---------------------------|---|--|-------------|--------------------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | B | DATE DU DEVIS |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |

الدكتور محمد شفيق

DOCTEUR MOHAMMED CHAFIQ

- Ex attaché au C.H.U. IBN ROCHD
- Spécialiste des maladies du système nerveux, du Muscle et de la colonne vertébrale
- Epilepsie
- Electroencephalographie (EEG)
- Electroneuromyographie (EMG)

- طبيب ملحق سابق بمستشفى ابن رشد
- اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلي والجهاز الفقري
- مرض الصرع
- التخطيط الكهربائي للدماغ
- التخطيط الكهربائي للأعصاب والدماغ

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 8/7/2020 الدار البيضاء في

بالموعد

ELFA CHAM - Anel
68.70x10

Tramec 8/100 1 1 . 2

340.00x6

Alyse 150 11 . 1 . 21
S.V.

PPV : 68DH70
PER : 02-25
LOT : J486

PPV : 68DH70
PER : 10-24
LOT : I2292



شارع 10 مارس، ساحة العمالة، الطابق الثالث المركب للطريق (خوب أسيما) سيدى عثمان. البيضاء
BD, 10 Mars, Place de la préfecture, 3ème étage, Centre médical - SIDI OTHMAN - CASA
الهاتف : 05 22 37 41 63 - المحمول : 06 65 10 46 10

Fixe : 05 22 37 41 63 - Mobile : 06 65 10 46 10

Lot: 19H694
Per: 07.2021
PPV: 340DH00

PPV 68DH70
PER 06/24
LOT 11446

68,70

PPV 68DH70
PER 06/24
LOT 11446

PPV:68DH70
PER:10-24
LOT:I2292

PPV:68DH70
PER:10-24
LOT:I2292

PPV:68DH70
PER:10-24
LOT:I2292

68,70
PPV 68DH70
PER 06/24
LOT 11446

PPV:68DH70
PER:10-24
LOT:I2292