

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSÉMENTS ET ÉVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **diologie 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.

## **tique :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **aladie 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- 068138

33098

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2930

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouctahia mhammed

Date de naissance : 10/08

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/05/2020

Nom et prénom du malade : Mouctahia Tounia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rhumatologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

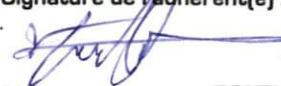
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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

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
02/05/2020	consultation	250DH		  <b>DR. LAMZALAH</b> Rhumatologie Sidi Maârouf 4, Rue 36 N°4, 1er Etage Casablanca - Tel.: 05 22 83 12 13



## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/05/20	271,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

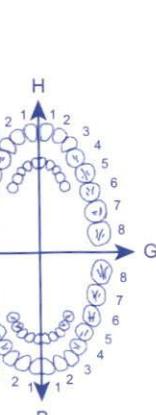
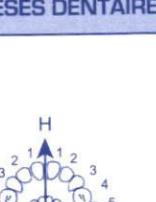
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 bilan d

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			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

# Dr Yassine LAMZALAH

Médecin Spécialiste en Rhumatologie

Médecin des os, des Articulations,  
et de la colonne Vertébrale



الدكتور لمزلاه ياسين

أخصائي في أمراض الروماتيزم

العظام و المفاصل و العمود الفقري

- Polyarthrites et maladies systémique (Paris)
- Pathologies rachidienne (Paris)
- Echographie ostéo - articulaire (Liège)
- Biothérapie
- Ostéoporose

• التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)

• أمراض العمود الفقري (باريس)

• الفحص بالصدى (البيج)

• العلاج بالأدوية البيولوجية

• أمراض هشاشة العظام



Casablanca le : ٥٢/٠٩/٢٠

LOT 196030  
EXP 06/21  
PPV 60DH90

60,90

LOT 190816  
EXP 01/2022  
PPV 99.00DH

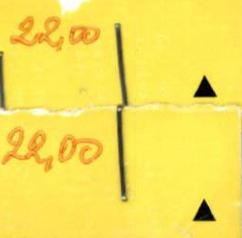
2)

Flamin ٤١١-٤١٢  
1 كبس ٣ ل - ٣  
٩٩,٠٠



22,00  
x3

٣ ل - ٣ ل - ٣  
٣ ل - ٣ ل - ٣  
٣ ل - ٣ ل - ٣



٣ ل - ٣ ل - ٣  
٣ ل - ٣ ل - ٣  
٣ ل - ٣ ل - ٣



Sidi Maarouf 4, Rue 36 N° 4, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 83 12 13

E-mail : lamzalahyassine@yahoo.fr

سيدي معروف 4 زنقة 36 رقم 4 الطابق الأول - الدار البيضاء



Du Phalac Sinv

45/10

27/1/30

AS

Dr. LAMZALAH yassine  
Rhumatologie  
Sidi Maârouf 4, Rue 36 N°, 1er Etage  
Casablanca. Tél.: 05 22 83 12 13

