

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.

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.

Thérapeutique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19- 063195

Optique *3683* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : RATI RETRAITE

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ANAS HAMID ALI Med.

Date de naissance : 15-02-1955 CASSAIS

Adresse : 89 Rue 6 MAY EL ALIA 1 OUL FIA

CASABLANCA

Tél. : 0664628830 Total des frais engagés : 547,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/07/09 Age :

Nom et prénom du malade : ANAS HAMID Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dentiste

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 : 23/07/2009

Signature de l'adhérent(e) : ANAS HAMID

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
✓/✓/✓	✓	✓/✓	✓	✓



EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Fajr El Oufa - Casablanca Tél 05 22 13 43 32	le 23/07/2020	547,32

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	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

ORDONNANCE

Le: 03/07/2024

17,40x8

Amekhiaa N°

2 - Bleu vire nez 1/4

PHARMACIE QUED TANSIFT
27 N°04 Bis
Oujda - Maroc
0524 22 22 22

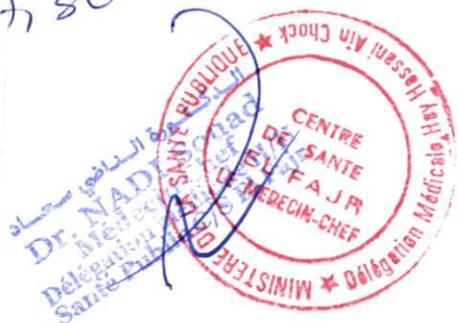


28,70
44,70x2

2 - Diamine 60g

1 2 3

547,30



4400

242600030-02

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH