

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.

Pathologie 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 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

N° P19- 045393

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161

Société : RATM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAFA ABDELLAH

Date de naissance : 01/05/1955

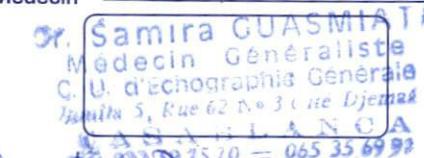
Adresse :

Tél. 0661727546

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : Dr. MOUSTAFA ABDELLAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection ALD et DIGESTIVE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

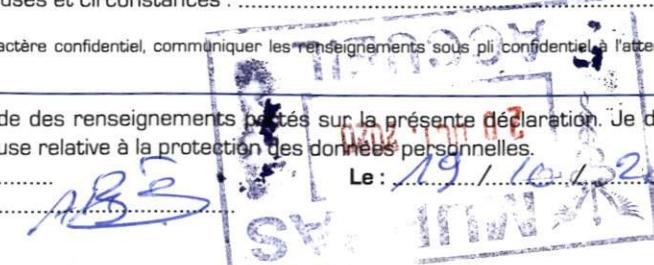
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 19/10/2020

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
19/10/2020	0	1	120 Dhs	Dr Samira Généraliste Médecin d'Echoar 24 2, Rue 02 15100 Casablanca 065 35 69 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SBATA TAZI RAFAA 20, BOULEVARD AL HAMRA CASABLANCA	13.10.2022	403.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

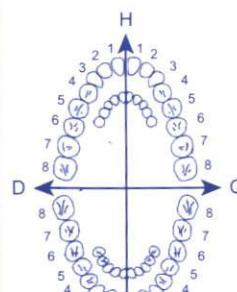
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000



(Création, remont, adjonction)

DATE DU
DEVIS

Docteur Samira GUASMIATE
OMNIPRATICIENNE
C.U.Echographie générale
ICE N° 001716682000066

Casablanca , le 13/10/20

ORDONNA

LOT 200674
EXP 03 2023
PPV 60.00

60,00

NOM ET PRENOM:

60,00

NOUJTAHID Dina.

1) Restivine 600 mg

47.20

2) Trimest 160 mg

98.80

3) Neofortan 160 mg

53.00

4) Di-Indo 50 mg

62.30 x 2

5) Allergen 10 mg

60,00

6) Aztreonam 100 mg

403.60

PHARMACIE SBA

TAZI RA FIAA

259, Bd Sakkia Al Hamra

CASABLANCA

Tél: 0522 37 19 15 - IF: 49628100

CNSS: 1579088-ICE: 001632349000079

INPE: 092052562 - Pat: 37426120

LOT: 20016 PER: 02/2022
PPV: 60,00 DH

Dr. Samir
Médecin
C. U. d'EP

Jamila 5, Rue 02
Casablanca 20452

022 597570 = 065 35 69 77

Jamila 5,Rue 62, N° 3, Cité Djemaa Ben Msick Casablanca 20452 Tél: 05 22 59 75 70-GSM 0665 356 992

Email: healthisgold@hotmail.com