

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19-

068329

ND:45085

MLJ //

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2838

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TADILI ABDELMOURAIM

Date de naissance : 18.02.1946

Adresse : RUE ALFIRDAWS - VILLA 22 / lot 1 d'Azemmour
Casablanca

Tél. : 06 61 07 23 45 Total des frais engagés : 1527,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Tadili Abdellmouaim Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : consu.Hablam - spléhénopathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : SAVI G. bous

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 :

Le : / /

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
CG			500	<i>Signature et cachet du Médecin</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie BADIA Résidence La CORNICHE Eq. 3 Zona 3 Rue d'Azergui Tél: 022.91.22.73 - CASA</i>	13/10/20	1427,20

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 l

SOINS DENT

6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ ml + 5 mg/ ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ

PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

ses ou des

ALLERGAN

ALLERGAN

ALLERGAN



PPV: 147DH50

PPV: 147DH50

PPV: 147DH50

Collyre en solut
Flacon de 5 ml

Collyre en solut
Flacon de 5 ml

Collyre en solut
Flacon de 5 ml

قطرات العين
قنية من شبه 5 مل

Flacon de 5 ml

Flacon de 5 ml

Flacon de 5 ml