

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

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

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances doivent être jointes 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- 0047583

ND: 49290

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1375 Société : RIM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SAMMATE BOATTI

Date de naissance : 17/03/1951

Adresse : 21 LOT HAF FATH SIDI

Tél. : 0631267667 Total des frais engagés : 230 DH + 123,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. OULD AAPIBI généraliste  
Hôpital régional Haj Fath N° 70,  
Casablanca  
téléphone: 06 63 56 73 05  
1er étage collège  
tél. : 06 63 56 73 05

Date de consultation : 26/11/2020

Nom et prénom du malade : NOKRADI 20 HRY Age: 61 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : pharyngite

En cas d'accident, communiquer les 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/11/2020

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| 26/11/2020      | C+FG              |                      | 230 DH                          | <i>Signature</i><br>JNAT 091249284                             |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |
|                 |                   |                      |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>STE PHARMA C+FG 26/11/2020</i>      | 26/11/2020 | 123,70                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

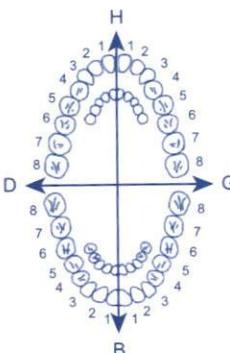
# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

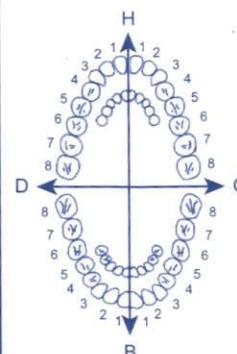
### Important :

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

| SOINS DENTAIRES                                   | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|------------|------------------------|
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| MONTANTS DES SOINS                                |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| DEBUT D'EXECUTION                                 |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| FIN D'EXECUTION                                   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| CŒFFICIENT DES TRAVAUX                            |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| MONTANTS DES SOINS                                |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| DATE DU DEVIS                                     |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| DATE DE L'EXECUTION                               |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |
|   |                |                  |            |                        |



## O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
| B |          |          |
| G |          |          |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de pharmacie de Casablanca

Médecine Générale

Médecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



الدكتورة أمينة أعربي

خريجة كلية طب والصيدلة

الدرا البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر



## Ordonnance

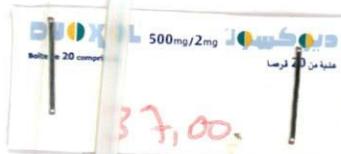
26/11/2023

Dme Nokradi Zahra

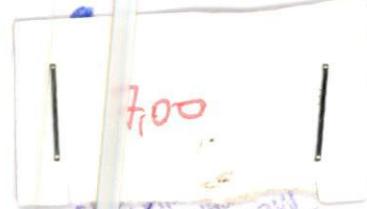
1) Abixa 500 mg 4  
29.01.24/ 10/3 j

ls)

2) Nofib 500 mg 5  
37.0 10/31 j



3) Duoad 4  
10/24 4x21)



4) Dax 500 mg 5  
10/24 4x31)



Lotissement Haj Fatih, N° 70, 1er Etage  
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.ounnia.aaribi@gmail.com

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70 ، الطابق الأول  
(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار ، بيضاء

05 20 45 00 / 06 03 56 73 00