

# 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03443

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN BACHIR BEN SMAI / Fahmi R.K.B

Date de naissance : 1958

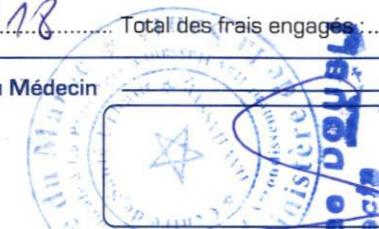
Adresse : Lissaf 2 Bloc A n° 24 Casab

Tél. : 661216318

Total des frais engagés : 822,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2010

Nom et prénom du malade : R.K.B FAHMI Age : 60ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Conid Ø

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 : Casab

Le : 11/11/2010

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

**Déclaration de Maladie**

Nº P19-0031203

54305

Optique

Autres

Royal Air Maroc

SMAI / Fahmi R.K.B

24 Casab

822,70

Dhs

ACCÈS  
MUPRAS

## 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 Relevé et le paiement des Actes
10.11.2022				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMARÉ KM 9 OUADAI Souad fa 1 -Té : 05 22 65 00 IPE : 092036789	12/11/2020	122.70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE 100% RADILOGIE 50 Bd. Ain Tadja 70100 Casablanca</i>	10/11/20	B0	700 DH.

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
00000000	00000000
00000000	00000000

#### **[Création, remont, adjonction]**

	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">D</td><td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">B</td><td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td></tr> </table>		H	D	25533412 00000000 00000000 35533411		G	B	21433552 00000000 00000000 11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p>
	H									
D	25533412 00000000 00000000 35533411									
	G									
B	21433552 00000000 00000000 11433553									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										

# ORDONNANCE

cas. le 10/11/2020

Mr/Mme

Rkia Fahmi



faire

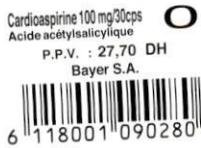
PCR covid-19



Sanae  
Médecin

Cachet du médecin





**Dr Othmane TOUZANI**

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
 Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
 Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
 Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

**FACTURE N° : 201110381**

Casablanca le 10-11-2020

INPE :



093061422

**Mme Rkia FAHMI**

Date de l'examen : 10-11-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E
	PCR COVID	E700	E

Total des B : 0

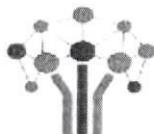
TOTAL DOSSIER : 700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirham

LABORATOIRE TOUZANI  
RACINE  
50, Boulevard Aïn Taoujte, Casablanca  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com

**La Qualité est notre souci permanent**

50, Boulevard Aïn Taoujte, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
 Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com  
 INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323



Code Patient 201110381



Prélèvement du : 10-11-2020

au labo à 13:20

Demande N° : 201110381

Edition : 11-11-2020

**Mme FAHMI Rkia**

Prescripteur :

*Ceci est un courriel, seul le compte rendu papier fait foi.*

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### RECHERCHE DU SARS-CoV-2 (COVID-19) PAR PCR EN TEMPS REEL (RT-PCR)

Nature du prélèvement

Naso-pharyngé

Résultat

**POSITIF**

CT

24

Réactifs : FTD SARS-CoV-2

La sensibilité des tests RT-PCR utilisés pour le SARS-CoV-2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.

Demande validée biologiquement par : Dr. TOUZANI

29/11/2020

## ORDONNANCE

Nom et Prénom : D.Kia fatma1.AZITHROMYCINE 79,70S.V.

JOUR 1	1 COMPRIME
JOUR 2	1/2 COMPRIME
JOUR 3	1/2 COMPRIME
JOUR 4	1/2 COMPRIME
JOUR 5	1/2 COMPRIME
JOUR 6	1/2 COMPRIME
JOUR 7	1/2 COMPRIME

2.HCQS -200

	MATIN	MIDI	SOIR
JOUR 1	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 2	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 3	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 4	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 5	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 6	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME
JOUR 7	1 COMPRIME	1 COMPRIME	1 COMPRIME

3.VIT C1000 1cp matin, 1 cp le soir pendant 7js

4.Zinaskin 1cp matin, 1 cp le soir pendant 7js

27,70 5. C ardioaspirine 1 cp midi pendant 10j



T= 122,70 Dh.

PHARMACIÈ KM 9  
Dr. OUADILI Souad  
Lissasia 1-Tél: 05 22 65 00  
INPE : 092036789

(si vos symptômes s'aggravent veuillez vous adresser aux urgences hôpital Alhassani)

(إذا ظهرت عليكم علامات جديدة توجهوا لمصلحة المستجلات بمستشفى الحسني)