

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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- 044580

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2932 Société : RIAM 52890

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ATICHAIA Mohamed

Date de naissance : 15-04-1955 CASABLANCA

Adresse : 89 Rue 6 HAY EL ALIA 1 BULFA

Tél : 064662230 CASABLANCA

Total des frais engagés : 576,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2024

Nom et prénom du malade : ATICHAIA Mohamed Age : 68

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 26/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
26/01/2021	C	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/01/2021	576,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

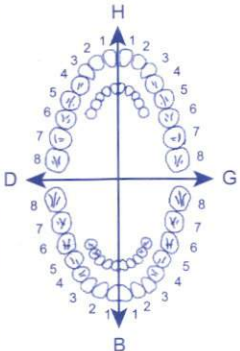
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

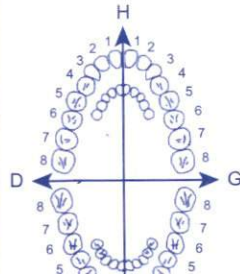
Important :

Veillez 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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div><div>H</div><div>2553341200000000</div><div>D</div><div>0000000035533411</div></div>		<div><div>H</div><div>2143355200000000</div><div>G</div><div>0000000011433553</div></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B				
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS

ORDONNANCE

Le: 22/6/20

47 40x5 Amela 20

2 Oliver 5

78 70

2 Ma 6

20 00x3

149 00

17 70

Attar 10

34 00
576,40

El Oufia - (Ambulance)
Tél 05 22 43 43 34
El Oufia - (Ambulance)
Tél 05 22 43 43 34

MINISTRE DE LA SANTE
LE MEDECIN CHIEF
Dr. N. A. D. Souad
Medecin Chef H/H
Sante Publique C/S El Fajr
Délegation Médicale Hay Hassan Ain Chock

78,70

PPV: 149,00 DH
LOT: 644102
PER: 09/21

PHARMED LOT: 7211
UT.AV: 12-22
PPV: 20DH00

PHARMED LOT: 7211
UT.AV: 12-22
PPV: 20DH00

LOT: 20E007
PER: 03/2022

SUPRAN 100MG
CP SEC 830

P.P.V : 34DH00



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

EFFERALGAN® vitaminé C

PPV 17DH70

EXP 06/2023

LOT 04081 3