

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

Education :

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.

Traiteme :

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- 0040630/02547.

Maladie

Dentaire 59926

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2547 Société : RHM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Amzazi Abdolmoula

Date de naissance : 27/01/1953

Adresse : 1104 oussala 20 TAHTOUR 216

Tél. 0650412839 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/12/2021

Nom et prénom du malade : ANAS IDRISI ANWAR Age : 13

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Traitement par endoscopie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

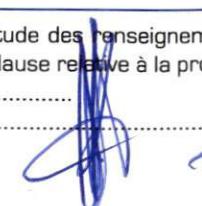
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 17/12/2021

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
17/12/2012	C -		6000	Dr. BHAZALAH Pédiatre Chirurgien Hôpital Mériem Casablanca
28/12/2012			100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2020	<p data-bbox="587 422 991 430">CHARLACIE GOURMI</p> <p data-bbox="587 430 991 438">Bd. Tariq Bey 3162 Gia Chack</p> <p data-bbox="587 438 991 444">tel: 021 87 45 60 Casa</p>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/12/2012	315	1410

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 la

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Date : 16/12/2022

ORDONNANCE

Amrani Anouar

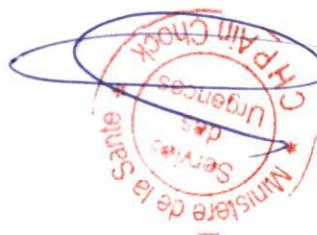
32^o
1/Dicks 50 mg
1x2/5



37^o
2/Daxol 500 mg
1x2/5



Farah





Date : 16/12/2020

ORDONNANCE

Amrani Aouar

Re main D' 13/14 F



ROYAUME DU MAROC
Ministère de la santé
Délégation Ain Chock
Hôpital Mohamed Sekkat

المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبيه عن الشفاعة
دكتور محمد السقا

Carmel Olj
child pediatry
Ordonnance

le 17/12/2022
ANWAR AN RANI

13-

lutor pgf

Rx RAS

Atell
madrill

Pr-211

Dr. RHAZZALI A.
Chirurgien Pédiatre
Hôpital Mohamed Sekkat Casablanca



ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE

HOPITAL Schut VILLE

Reçu de M.

La somme de 5

36992
Quittance N° 00625301/J

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
<u>CH</u> 5	<u>80</u>	<u>60</u>
<u>CH</u> TOTAL		

Cachet du
Service

Le 11/11/2002

Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE

HOPITAL

VILLE

Reçu de M

Quittance N° 00627771/J

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
	Le	14,00
TOTAL		

Cachet du
Service

Le 14/12/20

Signature du
Régisseur

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANITÉ

HOPITAL

VILLE

Reçu de M.

Quittance N° 00628142/J

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	Somme
		8
TOTAL		M 30

Cachet du
Service

Choc
Le 15/12/20
26

Signature du
Régisseur