

# 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 rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

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 Nº M20- 0009672

Optique **66961**  Autres

## Maladie

## Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2110** Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAMZA KHADIR**

Date de naissance : **24.11.1953**

Adresse : **Res. A. Hadj Amziane, Rue 1, Tamm. 20, Apt 6, El Aoula, Casablanca**

**Khadir hamza 893@gmail.com**

Tél. : **06.66.49.95.85** Total des frais engagés : **300,00 Dhs + 612,80 Dhs** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... **Affection psychiatrique**

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 : **05.10.1.2021**

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

## 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
05/04/21	CNPsy		300,-	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. BOURGEOIS DENTISTE 17, BOURGEOIS 75011 PARIS Télé: 53.25.60</i>	<i>10/10/90</i>	<i>612,80</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

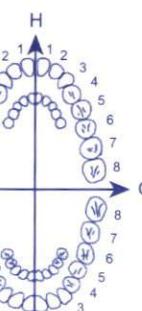
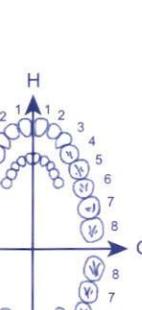
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000	B 35533411			Montants des soins
		G 11433553		Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**BOTTU SA  
PPV : 45 DH 50**

## ORDONNANCE

Casablanca le : 15.34.1921

M<sup>me</sup> HAMZ  
189,10 x 3 ✓  
1/ Tunelug 20 mg  
45,50 ✓  
2/ Sedatif Pc  
2 -

~~Kenya~~ 209604

70°  
0  
Nline Ameri EEL OABRE U BARTI  
Dynamit Nobel  
Anzalpstrasse 10  
CH-8002 Zürich  
Telefon 01 522 25 95  
Telex 47 1052 BURGEVAD

2 - 2 en SN

1 189,10

189,76

6/2.80

Th de 3mois

**Dr. Selma Röösli**  
Psychiatre  
223, Bd. Abdelmoumen Angle Place  
Charlet Nicole, 2006, Etage N°26  
Télé: 01522 48 777 - 01566 21 88 60