

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Dentaire :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0039196

79307

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre CDB RETRAITÉ

Nom & Prénom : HASHIM AKBAR H.

Date de naissance : 12.02.1948

Adresse : 11, RUE JABAL Bouyeblane C.I.L.

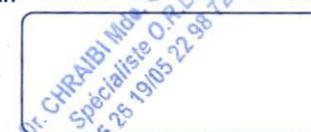
CASABLANCA

Tél. 066312 8664

Total des frais engagés : 512.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MR HASHEM AKBAR Age:

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : CASA,

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Hassim



## 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
14/06/21	Consultation Copy chuy et merci	1 x 20 1 x 20	F 500	Dr. CHABAND Spécialiste O.R.L. 05222526 19/05 22 98 71

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/06/21	132,21

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

#### **BELLEVE 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

*Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib*

## CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3<sup>e</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدكتور الشريبي محمد شكيّب  
عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
82، زنقة سومية - شارع عبد المولى  
عمارة رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء  
للهاتف: 5 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

الدار البيضاء، في : ٢١/٦/١٤٩٦ Casablanca, le :

21.80 ♂ HA sick AKRZ.  
S>



**PARAGUACÁ**  
MICHAEL TALLINN  
3522 35 05 Fax: 0522 35 01  
e-mail: [mic@micparaguacá.com](mailto:mic@micparaguacá.com)

31. Chhattisgarh  
Statewide Chakri  
Society

**Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib**

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرابي محمد شكري  
عيادة أمراض الأنف - الأنف - الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
زنقة سومية - شارع عبد المؤمن  
عمراء رونو - الطبقه 3 - الدار البيضاء  
05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le :

M 106 121

الدار البيضاء، في :

FACTURE

MR HASHIN AKBAR

- consultation ORL : 300,00

- K20 corps étranger des oreilles : 200,00

₮ 500,00

₮ cinq cent dirhams

Dr. CHRAIBI Mds. Chakib  
Cabinet de O.R.L.  
0522 25 26 19/05 22 98 72 37