

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## iologie 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.

## tique :

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 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° M21- 0058579

Optique 82333  Autres

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9738 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAABAOUI AZIZA

Date de naissance : 08.04.74

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 6000.424.83 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.06.21

Nom et prénom du malade : BENOSMANE OTHMANE Age : 46

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Syndrome Azi

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 : ANNA

Le : 01.08.21

Signature de l'adhérent(e) :

Khalid Benjelloun

### 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
01/06/2024	CoSPSY		6000H	G. BENJELLOUN Professeur Pedopsychiatrie

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAIS</i>	01/06/2024	474,90 D/H

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
ANALYSES - RADIGRAPHIES	MONTANTS DES SOINS			MONTANTS DES SOINS												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DEBUT D'EXECUTION															
	FIN D'EXECUTION															
	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
AUXILIAIRES MEDICAUX	DATE DU DEVIS			DATE DE L'EXECUTION												
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

# Ghizlane BENJELLOUN

Professeur agrégé en Pédopsychiatrie

Responsable du Service de Pédopsychiatrie au CHU Ibn Rochd Casablanca

Présidente de la Société Marocaine de Pédopsychiatrie et Professions Associées (SMPPA)

Casablanca le :

11/6/2021

ARIPIPHI® 10 mg

30 comprimés



6 118000 051411

30 قرصا

LOT : 007  
PER : MAR 2023  
PPV : 350 DH 00



محمد الصيدلية

6 118000 331841

PHARMACIE DES STS 2010  
50, Rue des Ss 2010  
Casablanca  
Tél : 0524 36642  
Fax : 0524 36642  
RC : 24556  
Tél : 0524 36642  
Fax : 0524 36642  
Tél : 0524 36642  
Fax : 0524 36642

124DA90



D. G. BENJELLOUN  
Responsable de Service  
Pédopsychiatrie  
CHU Ibn Rochd Casablanca