

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Pathologie 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.

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.

Pathologie 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **05695**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Mme Naima AA Yousch**

Date de naissance : **Le 11/04/1960**

Adresse : **113, Résidence "LA CASE" Rue El**

Fourcate 4^e Étage App 905

Maârif

Tél. : **+212 707 7605**

Total des frais engagés : **206,50 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **Le 16/08/2011**

Nom et prénom du malade : **AA Yousch Naima**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Depression**

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 06/10/2011**

Signature de l'adhérent(e) : **AA Yousch**

Le : **06/10/2011**

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 Relèvement des Actes
20/07/2017	Examen	1	13.000 F CFA	 Dr. Soumnia KABBA, Médecin Généraliste, exerce à Nouméa en Principale et à Nouméa en Echographie. Tel/Fax: 0522 20 32 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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 l'ORL.

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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Soumia KABBAJ EL AMRANI

Médecine Générale

Certificat de Gynécologie médicale

Diplôme Universitaire de Nutrition et de diététique

Diplômée en Echographie

Certificat de pose du Stérilet

E.C.G Glycémie

الدكتورة سمية قباج العمراني

الطب العام

شهادة طب النساء

دبلوم التقديمة و الحمية

دبلوم الفحص بالصدى

شهادة تركيب اللولب

التخطيط الكهربائي للقلب

و التحليل السكري

Casablanca, le : الدار البيضاء :

16/08/2021

Mme Aayouch Naima

PHARMACIE PRINCIPALE

Mohamed Saïd LEBBAR PHARMACIE DES STADES 2010

Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884

CNSS : 1187841-IF : 50005302 - Patente N° : 34306256

1cp/j le matin pdt 03mois

INPE : 092049264

ESCIPLEX 10MG - CPCE N° : 00129777100004

ALPRAZ 1

1 comprimé le soir

3570 x 05

178,50 Dhs

3570 x 05

LOT	210219	1
EXP	01 2023	
PPV	126.00	

LOT	210219	1
EXP	01 2023	
PPV	126.00	

LOT	210219	1
EXP	01 2023	
PPV	126.00	

LOT	202855	1
EXP	12023	
PPV	35.70	

LOT	210080	1
EXP	01 2024	
PPV	35.70	

LOT	202855	1
EXP	12023	
PPV	35.70	

LOT	210080	1
EXP	01 2024	
PPV	35.70	

LOT	210080	1
EXP	01 2024	
PPV	35.70	