

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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.

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- 0050220

91690

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1178 Société : R.A.17.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAAFIRIIDI MOHAMED

Date de naissance : 01-08-1948

Adresse : EL JADIDA

Tél. 0661663932 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL BELIDI Aicha
Médecine Générale
Médecin Assermentée
Hay Essalam N° 715 - El Jadida

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2021

Nom et prénom du malade : RATIBI ESSOYAH Age : 1968

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie + triiodothyronine + thyroxine

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 EL JADIDA Le : 01/11/2021

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
01/01/2021	Chirurgie	1	100.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/2021	364,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	

Médecine Générale

D.U gynécologue obstétrique médicale
Infertilité du couple – Colposcopie
Faculté de médecine Mohammed V
Rabat-Souissi



الطب العام

دبلوم جامعي في طب النساء والعمق
عند المرأة والرجل. الفحص بالمجهر
 بكلية الطب جامعة محمد الخامس
بالرباط السوسي

El Jadida : 01/11/21 الجديدة في :

7111 - RAMOUN ESSEDYA

25403

20 Levothyroxine 100

15.384 mg Ventoline Inhaler 100 µg 2 inhalations

20,431 Barotrol

23,20 mg Boufut. Inositol 231

38,5 mg Siccafluor 1,5 ml gel oral

30,5 fungilux pommade 231 reapply

Dr. EL BELIDI Aicha
Médecine Générale
Médecin Assurancée
Hay Essalam N° 715, El Jadida



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diour,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV 30DH50
EXP 04/2024
LOT 13034 2

14

VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

gastrogel



Suspension flacon de 250 ml
P.R.V. : 20,40 DH



6 118000 190448

PPV 23DH50
EXP 03/2023
LOT 02004 2