

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05695 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AA YOUSSEF Naima

Date de naissance : le 11/04/1960

Adresse : 115 (résidence à la CASE) 4^e étage 4^e N°94

Tél. : +212.707.760531 Total des frais engagés : 40.60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Mots de tête

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : YASSOUF NAIMA

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE PRINCIPALE Mohamed Saïd LEBAR <i>Pharmacien</i> Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 140004 CNSS : 1187641 - IR : 50905302 - Patente N° : 34306256 ICE N° : 001897771000045	22-12-2022	h.e.t.s

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.

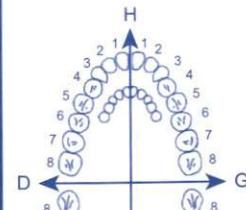
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'exploration.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Sali LEBBAR
Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884
CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 092049261

Case 22 Le 22/02/2022

Facture N° **24**

M. AYOUNCH Nadine

Quantité	Prix	Montant
1	doliprane 500 effex	15,80
1	doliprane 1g effex	14,60
1	doliprane 500 mg	10,30

PHARM

PRINCIPALE

Mohamed Sali LEBBAR

Pharmacie 20

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

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

CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 092049261

arrêter la prise de

à la fin de l'après-midi

dosage et je clôture

15,80
PPV:15DH80
PER:02A2A
LOT:K415

14,60
PPV:10DH30
PER:09/24
LOT:K2192

PHARMACIE PRINCIPALE

Mohamed Sali LEBBAR

Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca

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

CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256

ICE N° : 001897771000045

INPE : 092049261

PPV:10DH30
PER:06/24
LOT:K1540