

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

itions 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.



Déclaration de Maladie

N° P19-0031716

Facture Pharmacie

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05693 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AA Youcef Naïma 105095

Date de naissance : le 11/04/1960

Adresse : 115 (Résidence LA CASE) 4ème étage Apt N° 105095

Maarif / Casablanca

Tél : +212 707 760 311 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 : Mal 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) : AA Youcef Naïma

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MUNICIPALE Mohamed Saïd LEBBAR <i>Pharmacien</i> Rond Point Mers Sultan 20090 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 143884 CNSS : 1187641 - JP : 50905302 - Patente N° : 34306256 ICE N° : 001897771000045	24.2/2022	h.a. 120

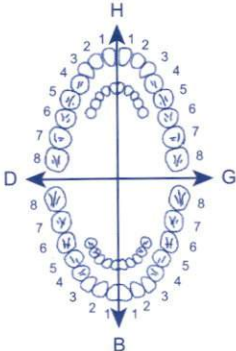
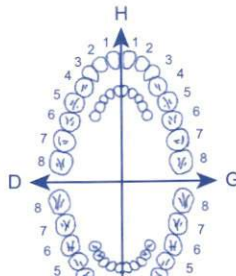
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

[illegible]

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Said LEBBAR
Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
 Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149804
 CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306258

ICE N° : 001897771000045
 INPE : 092049261

Casa Le 22/02/2022

Facture N° **24**

M. **Ayouch Naima**

Quantité		Prix	Montant
1	doliprane 500 chbr	15,80	15,80
1	doliprane 1g chbr	14,60	14,60
1	doliprane p 500	15,30	15,30
<p>PHARMACIE PRINCIPALE Mohamed Said LEBBAR Pharmacien Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149804 CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306258 ICE N° : 001897771000045 INPE : 092049261</p>			
<p>arrêter la prise de à l'issue de l'analyse d'urine et de ch</p>			

15,80
 PPV: 15DH80
 PER: 02/24
 LOT: K415

14,60
 PPV: 14DH60
 PER: 09/24
 LOT: K2492

PHARMACIE PRINCIPALE
Mohamed Said LEBBAR
Pharmacien

Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
 Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149804
 CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306258
 ICE N° : 001897771000045
 INPE : 092049261

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