

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.

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.

Education :

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.



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0000770

103186

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1513

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NARHRAOUI HAKIMA

Date de naissance : 18/07/1941

Adresse : AVENUE DE TANTAN RESIDENCE

YASMINA BOURGOGNE CASA

Tél. 0762756423 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabétologue Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchouja
El Fardi Appt. 4 - Casablanca
Tél : 05 22 26 34 66

Date de consultation : 27/12/2021

Nom et prénom du malade : NARHRAOUI HAKIMA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : COVID

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/12/21	Contrôle	6		 Dr. ARMEL SAS Médecin généraliste Diabétologue Nutritionniste 88, Bourgogne av. Faidherbe 75014 Paris Tél: 01 42 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ISMAÏL Louati Abdellatif boulevard Waki Bourgogne ca 1000 Tel 022-583144	27/12/2021	251,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 21433552 00000000 00000000 11433553 B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes



الدكتورة آمال سليم
خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين
الطب العام
داء السكري والحمية
الفحص بالصدى - طب الشغل

Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Echographie - Médecine du travail

Casablanca, Le: 27 / 12 / 21

نـ MARHRAOUI Hakim

66,000 x 2

1) Aziumycine 500 →

49,60 1sp/j à J1 pris 1/2sp/j x 06 jis

2) D-Ame 100.000 →

1sp/j en 1 prise unique

3) 15,30 Vita C1000 sans sucre →

4) 40,90 1sp x 2/j x 10jis →

5) 14,95 1sp x 2/j x 10jis →

Dolepirazole 1g
1sp x 2/j

PHARMACIE ISMAILIA
Louali Abdellah
Rue Abou Al Wakil Bourgogne
Casablanca Tel 022 36 97 44

PHARMACIE ISMAILIA
Louali Abdellah
Rue Abou Al Wakil Bourgogne
Casablanca Tel 022 36 97 44

Angle Bd. Bourgogne et rue Abou Choujaa
El Fardi, Appt. N°4, 1er étage - Casablanca

05 22 26 34 66 / 06 73 94 85 48
dr.salimamal@gmail.com



PERV 66DH00
PER 03/25
LOT 21002

€9,99

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

PPV: 14DH00
PER: 08/24
LOT: K2182

Vita C 1000®

15DH30
07/2024
180552
PPV
EXP
LOT

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 09/2024
LOT 18066 22

20 compresse da 225 mg