

# 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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 050762

112829

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 2957 Société : ..... RASM

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : ..... EL HAIL ABDERRADDI

Date de naissance : ..... 01 - 07 - 1956

Adresse : ..... Majore AD RG 88c

Tél. : ..... 0756847935 Total des frais engagés : ..... 463,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... M 04/2022

Nom et prénom du malade : ..... EL HAIL ABDERRADDI Age : ..... 66 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... DAS RABTAH

Le : ..... 11/10/2022

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
11/09/22	C	1120070	061235024	<i>[Signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL AFAA 125 Rue La Abou Medi BERRECHID - Tel : 0522 33 64 01	11/09/22	343,10

### 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de médecine  
et de pharmacie Casablanca  
Ancien Médecin Généraliste  
aux Urgences  
Hôpital Multidisciplinaire  
CHEIKH ZAYED



الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بقسم المستعجلات  
مستشفي متعدد التخصصات  
الشيخ زايد

11/04/22

## Ordonnance

1<sup>er</sup> EL hajl Woureddine  
66,00 × 2

1.	Azinc 100 mg	100 mg	LOT : 3737 UT.AV : 10-24 PPV : 22DH70	LOT : 21001 UT.AV : 10-24 PPV : 66DH00
2.	Rhinomuc sachet	1 sachet	LOT : 4057 UT.AV : 10-24 PPV : 22DH70	LOT : 4057 UT.AV : 10-24 PPV : 22DH70
3)	Esaet 100 mg	100 mg	LOT : 3737 UT.AV : 10-24 PPV : 22DH70	LOT : 3737 UT.AV : 10-24 PPV : 22DH70
4)	Nelicon 100 mg	100 mg	LOT : 191588 EXP 10/2022 PPV 83.60DH	LOT : 191588 EXP 10/2022 PPV 83.60DH
	<u>343,10</u>	<u>400 - 100</u>		

DrElghouat@gmail.com  
0696531363-0522030178

211 COOP AL QODS 1er étage bureau N°5 Berrechid 26100 (au dessus de blm)

كوب القدس الطابق الأول مكتب رقم 5 برشيد (فوق بيم) 211