

# ACTIONS IMPORTANTES A LIRE POUR BOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

sous  
sap  
édition de 10/08

soit être dûment renseigné.

soit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie, et limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

phacie :

les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

logie 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.

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

N° M21- 0036091

113483

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3162

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATTIB HASSAN

Date de naissance : 18.08.53

Adresse :

Tél. 0659609181

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 ..... / .....

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/22	283,50

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que

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
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane BENMANSOUR  
Chirurgien dentiste

Diplômée de la F.M.D.C  
et de l'Université Paris V

Diplôme universitaire de chirurgie  
avancée et parodontale de Bordeaux

Esthétique & Blanchiment des dents  
parodontologie - Implantologie  
Prothèse - Endodontie



دكتور حنان بنمنصور  
عيادة جراحية للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء  
و جامعة باريس 5

خريجة جامعة بوردو لجراحة الأسنان و اللثة

تجميل و تبييض الأسنان  
علاج الأسنان و اللثة  
تعويض و زراعة الأسنان

Casablanca, le 14/04/2022

## ORDONNANCE

Dr KHATIB

ERREDA

CL LIV  
AD HLOU  
sationique  
me Casa  
LBB5 LIV  
BLOAS  
Rue Saronique  
05 22 85 43 95  
05 22 87 53 31  
- BP : 15221985

10 Arguenauin

15

Sachet

1B

2 x

10G



44.20

Difal

CP

PPV: 14DH00  
PER: 01/25  
LOT: L368

LOT 210919  
EXP 12/2023  
PPV 99.00DH

14.00

Doliprisme 10

10G

99.00

Deses

10G

52, Bd Zerktouni - Espace ERREDA, 1er étage (en face du marché des fleurs) Casablanca

Tél. : 0522 26 99 82 - 522 26 98 59 - E-mail : smileddentalcenter52@gmail.com

283 15



AMOKICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g /125 mg sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 126,30 DH  
LUT: 647564  
PER: 12/22

