

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



Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

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'entête préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, 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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- L'entête 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 canalaire, 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 canalaire.
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Déclaration de Maladie : № P19-0022252

Maladie **Dentaire** **Optique** **Aut**

150396

Matricule : **120 70** Société : **RAA**

Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

150396

Nom & Prénom : **KADDOUssi Rihab** Date de naissance :

Adresse : **120 Rihab**

Tél. : **05 22 23 70 54** Total des frais engagés : **25000**

Cadre réservé au Médecin **Dr. Zineb LAKHLOU**
Pédiopsychiatre

134, RUE AHMED B. EL HADJ, 2^e étage

BOITE 100

N° 64

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

Cachet du médecin : **DR ZINEB LAKHLOU**

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79

05 22 23 70 54

06 81 07 92 79</b

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs suivis par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT DES TRAVAUX													
MONTANTS DES SOINS													
DATE DU DEVIS													
DATE DE L'EXECUTION													
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25593412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3">G</td> </tr> </table>		D	25593412	21433552		00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
D	25593412	21433552											
	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
G													

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

Important : Veuillez intepreter ces radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le brian de l'irrigation.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



Casablanca le 12 Décembre 2022

Devis 22/22

L'enfant Ismail El Abed El Alaoui

Devis

15 Séances de Psychothérapie:

$500.00Dh \times 15 = 7500.00Dh$

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2^e Etage
N^o 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79