

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.
- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

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'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 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.

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.



N° W21-808555

168839

Autres

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (le)		
Matricule : 3233	Société : RAM (Ré. TRA. VÉ.)	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SABER SOUNIA		
Date de naissance : 10/09/62	Total des frais engagés :	
Adresse : AGADIR EL YOUSSEF RÉSID MILITARIA AFFTA 10000 AGADIR MARRAKECH		
Tél. : 0666089893	Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age:

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 plonfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité 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) : **S. SOUNIA**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-808555

Remplissez ce violet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
No 191207		6	INP : 199011252572	MAISON DE LA SANTE 10090 PARIS

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

CACHET DE LA BANQUE AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cacher et signature du praticien		Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
Marouane Kinesithérapeute	05/05/2023	AM	PC	IM IV
11 Rue de Chaussee 10090 Paris	10/05/2023	11 Technicien	Technicien	Reprise
GSM : 0665 123456				



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 l'ODF.

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

VOLET ADHERENT

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیفة

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

٢٠٠٧/٢٠٠ سیدون

For Mr.
Personne
and family

drives

+ on place with

1. Kinésithérapeute
2. Résidence HOBALIZ
3. Rue Fabrique Sbili
4. 05 38 71 71 71
5. GSM: 06 99 53 35 72

Carre 200

Carre 200
Tél: 06 99 53 35 72
GSM: 06 99 53 35 72
Date: 20/07/2007
Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Marouane HOBAIZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

مروان هوبائي

اختصاصي في الترويض الطبيعي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

Salé le : 11/07/2023

NOM ET PRENOM : SMOUAZ FOUAD

1 séance de rééducation fonctionnelle à 150,00 DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées ...15...

arrêté le présent devis à la somme de 2250,00

Dix mille deux cent cinquante dirhams

--Patente : 290 19 349
-- I.F : 40484828
-- I.C.E : N° 000828680000048

Cachet et signature :

Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18,Rue Tabouk, Hay Sbihi
Kaz-de-Chaussée Tabriquet-Salé
GSM: 06 65 22 87 77 / 05 38 85 34 82