

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## Opticien :

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.



ND : 32233

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002800

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12427

Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZAIDI Med Amina

Date de naissance : 08 JUL 2020

Adresse :

Tél. : 06 61 05 21 43

Total des frais engagés :

40.2 ACCUEIL Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mohamed BOUZAIDI Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

ACCUEIL

### 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
25/6/80	C	021 50/0		Dr Mostafa TACHFINE MEDECIN BIEN TOLOGUE 361 Bd IDRISI 1000 CASABLANCA Tél : 05 22 38 69 87

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/6/80	250,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
00000000	00000000			
35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
D				
00000000				
35533411				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr Mostafa TACHFINE

•••••

Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme universitaire d'Echographie

Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفين

•••••

حاصل على دبلوم لدا، السكري

جامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم

## ORDONNANCE

Casablanca, le :

25 Juin 2020

الدار البيضاء، في :

7970 M. Bouzaija M. Amine  
1. Azix zw  
2. Codolyne cp  
3. 12280 3 + ZAE 40  
4. Vigaleu fyo  
5. 28 NO  
6. Dr Mostafa TACHFINE  
MEDECIN DIABETOLOGUE  
361 Bd Driss El Harti C-D CASA  
Tél : 05 22 38 69 87  
852 80

361، شارع ادريس الحارشي، قرية الجماعة - الدار البيضاء

361, Bd Driss Elharti, CJ - Casablanca - Tél.: 05 22 38 69 87

PPV: 79DH70  
PER: 03/21  
LOT: H748

PPV 22DH20  
PER 10/21  
LOT 12327

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codéine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

ESAC® 40 mg

14 gélules PROMOPHARM S.A.



6 118000 241911

124,60

LOT 19001

PER 03/21

LOT 12327 124,60

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

28,10

فوكالين®  
0,1%<sup>®</sup>

ميطوبيمازين