

ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

tique :

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 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041388

ND: 36088

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **09364**

Société : **d.a.m**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZAIKH**

29/02/1972

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661452645**

Total des frais engagés : **322,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Professeur A. REFAS
Chirurgie et Traumato
Orthopédie Pédiatriques
237, Boulevard Zerktouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 94 20 05
E-mail: a.refas@chirurgie.com.ma**

Date de consultation : **22 JAN 2020**

Nom et prénom du malade : **ZAIKH Nour** Age : **15 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Scolios

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 : **Carabassan**

Le : **09/08/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Hassan

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
2 JAN 2010	C3		300,00	Professeur A. A. Chirurgie et Traumatologie Orthopédie Pédiatriques 237, Boulevard Zentemai Tél.: 05 22 94 20 00 - Fax: 05 22 21 20 09 E-mail: a.recasignat@al.com.a

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

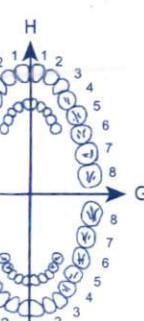
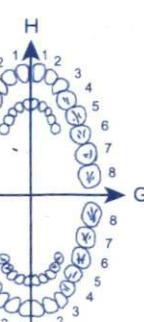
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DEBUT D'EXECUTION
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		FIN D'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA



الدكتور عبد الرحيم الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

22 Janvier 2020

Casablanca, le

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : ZAIKH Nour.

Acte du Médecin : Consultation.

Honoraire : 300,00 DH (trois cent dirhams).

Signé : Pr. A. REFASS

*Professeur A. REFASS
Chirurgie et Traumato
Orthopédie Pédiatriques
237, Boulevard Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 09 - Fax: 05 22 24 20 09
E-mail: a.refass@gmail.com*