

# 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.

## 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.

## 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 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 37427

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010949

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8980 Société : Royal

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MENKOR Hicham Date de naissance : 07/07/71

Adresse : 119 Bd Hassan II, Rte Agmoun min Maroc

Tél. : 0651429400 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/06/2020

Nom et prénom du malade : MENKOR Hicham Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : polyarthrite 24 AOUT 2020

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 : Casablanca

Le : 19/06/2020

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
06/06/20 CS			300 DHT	
06/06/20 CS				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	06/06/2020	123.15
HIND MENEKHE		PHARMACIE ANNASR
DOCTEUR HASSAN EL ABBADY		DOCTEUR HASSAN EL ABBADY
ASSOCIAISON PHARMACEUTIQUE		ASSOCIAISON PHARMACEUTIQUE

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 de

O.D.F  
PROTHESES DENTAÎRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412 00000000	21433552 00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

The diagram illustrates the H-D plane with two axes: H (vertical) and D (horizontal). Eight points, labeled 1 through 8, are plotted as circles with crosses inside. Point 1 is at the top center. Points 2, 3, 4, and 5 are clustered near the top, with 2 being the highest. Points 6, 7, and 8 are clustered near the bottom, with 8 being the lowest. Points 2, 3, 4, 5, and 6 have small circles above them, while points 7 and 8 have larger circles above them.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

# Docteur Mouna MENKOR

## *Spécialiste en Médecine Interne*



**Endocrinologie - Diabétologie**  
**Rhumatologie - Maladies systémiques**  
**Gériatrie**  
**Chek-up médical**

- . Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
  - . Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
  - . Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
  - . Membre de la Société Française de Médecine Interne

Casablanca, Le : 06/06/00

(مساء)

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance.

**Composition par comprimé :**  
Ornidazole (DCI)..... 500 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 Comprimé

**Tibéral® 500 mg** 

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT: 20055 PER: 03/2025  
PPV: 48,50 DH

MENIOR Dslmane

us m

Tibial soap

N

A - O - N  
37.35 x 2

give part 75

Zentel sp

S

5 ID 6 118001 14136  
Patt Lemaine

16-05-22 93 28 13 - Fax 06 02 98 22 33  
Prestam HIGHER OUTLINE DocuLine

5 ID 6 118001 14136  
Patt Lemaine

ID : 632802 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 37,30 DH  
  
118001 141364