

# 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.

## Pathologie 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.

## Déclaration de 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. 39117

Déclaration de Maladie : N° P19-0009511

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06850

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENBEDDA MOHAMED

Date de naissance : 28-04-1967

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0668118451

Total des frais engagés : 387,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAHLOU AHMED  
PEDIATRE  
INP : 91088930  
903 AV 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 67 63

Date de consultation : 06/10/17

Nom et prénom du malade : BENBEDDA SAMI JONEID Age : 22/10/10

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

BENBEDDA

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 : / /

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
06/11/2020	CP	7	950	
				LAMLOU AHMED PEDIATRE 01088930

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
06/01/2023	06/01/2023	137,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 de l'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISÉ ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Docteur Ahmed LAHLOU

## Pédiatre

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



## الدكتور أحمد لحلو

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابق بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الانعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le ..... 06/01/2020 ..... الدار البيضاء ، في

BENBEDDA SAMI JONEID

PPV: 34,60 DH  
LOT: 609440  
PER: 01/21

PPV: 34,60 DH  
LOT: 573201  
PER: 05/20

$$34,60 \times 2 = 69,20$$

Amoxil 500 disp

1 cp x 3 /j pendant 7j

1s

18,50

Rhinathiol E (1 flacon)

1 cac matin et midi pendant 5j

1s

19,00

Nuroadol (1 flacon)

dose 25 kg x 3 /j pendant 5j

14,40

Doliprane 500 (1 boite)

1 sachet x 4 /j si fièvre

1s

16,30

Soufrane (1 boite)

4 x /j pendant 5j (nez)

1s

137,40

Pharmacie ACH-CHAKI  
Dr. Rouchra TAOUFIK  
Comptoir de la pharmacie  
Hay Inaya 1000 Casablanca  
Tél: 05 22 21 64 09

Dr. LAHLOU  
PEDIATRIC  
INP Casablanca

19,00

10 04 2021  
RHINATHIOL 2% ENF  
SIROP FL 125 ML  
P.P.V : 18DH50  
6 118000 061434

14,40  
PPV 14DH40  
PER 12/21  
LOT H2599