

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.

Diologie 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.

Maladie chronique :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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- 062652

ND: 39429

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 449 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI MOHAMMED

Date de naissance : 01/01/1943

Adresse : 202 BD IBN SINA HAY EL HANA

CASABLANCA

Tél. : 0644377906 Total des frais engagés : 2013, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/09/2020

Nom et prénom du malade : N. NASSI Mohamed

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : A - 7 A + Dysf de

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 : 04/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
04 09 66		13	360 00	 DR. EL MAKHLIF Professeur Agrégé 5, Rue M. A. 05 22 29 9

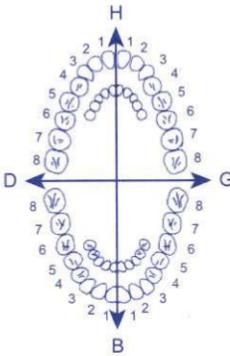
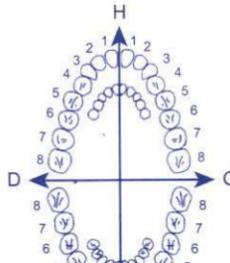
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/09/2020	1713,00

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

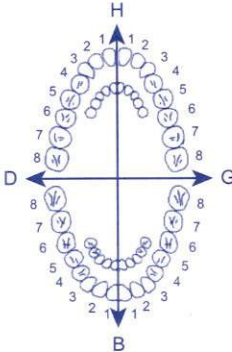
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 50px;">25533412</td> <td style="text-align: center; width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">D</td> <td style="text-align: center; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
						FIN D'EXECUTION	

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H'. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'.

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 4 Septembre 2020

Mr Mohamed NASSI

1 - ROSUVAS SUN 10 mg
1 LE SOIR SANS ARRET

2 - ATACAND 8 mg:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

PPV: 157 DH 80

PPV: 157 DH 80

PPV: 157 DH 80

PPV: 157 DH 80

PPV: 157 DH 80

PPV:

157 DH 80



Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05.22.29.81.55/59 - 05.22.47.26.89

PHARMACIE MILAD
Dr. Samira MILAD
283, Bd. Sidi Abderrahmane
Hay Salam - C.I.L.
Tél: 05.22.94.65.30 - CASABLANCA

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
ATACAND

8 mg

Cpr séc

Bte de 30

139/16 DMP/21NRQ P.P.V.: 127,70 DH
6 118001 020539

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83