

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062652

ND : 39429

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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 SINIA HAY EL HANA

CASABLANCA

Tél. :

06443779031 Total des frais engagés : 2013, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



10 SEP. 2020

Date de consultation :

04/09/2020

Nom et prénom du malade :

M. NASSI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H - TA + Byp 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) :



## **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
04.09.66	(3)		300	Dr. EL NAKHIL Professeur Agrégé 5, Rue Met 13002 Paris

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Dr. Samira MILA</b> <b>283, Bd. Sidi Ali Brahmane</b> <b>Hay Salam CIL</b> <b>CASBLANCA</b> <b>Tél: 22.94.85.40-CAS</b>	04/09/20 20	1713,00

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, très spécifique, nécessaire à la progression.

**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

Mle 449

157.80 X 6  
1 - ROSUVAS SUN 10 mg

1 LE SOIR SANS ARRET

PPV:	157 DH 80	PPV:	157 DH 80
PPV:	157 DH 80	PPV:	157 DH 80
	157 DH 80		157 DH 80

PPV:  
157 DH 80

43

197.70 X 6  
2 - ATACAND 8 mg:

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

PPV:

AS

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca  
Tél.: 05.22.29.81.55.59 - 05.22.47.26.89

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca  
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.: 0522.94.65.30 - CASABLANCA



**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**

