

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

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.

## **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.

## **ntaire :**

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.

Nº P19- 058006

Optique 40786  Autres

### Maladie

### Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHABIBA KHACIN

Date de naissance : 01.07.1963

Adresse : HIAJFATEH ELOULFA 9055 N° 25

Tél. : 0663249674 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الشروانى  
طبيب مخلف، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي التهامي  
(قرب مستشفى الحسني)  
مارينا الحسني، الدارالبيضاء  
الهاتف: 027 90 70 88

Date de consultation : 17/09/2020

Nom et prénom du malade : CHABIBA KHACIN

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....  


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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                     | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>STEPHANIE<br/>Hajjaj<br/>Pharmacien<br/>Bianca - Tel: 0522 33 10 20</i> | 11/09/20 | 398,90                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de noter 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 d

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## (Création, remont, adjonction)

B 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلـ

طبيب محلـ

30,00

COULI

nté  
naux

CHARIA

طبيب محلـ

Casablanca, le :

17-09-2020

الدار البيضاء، في :

1. Defadol 1g/1 AS X2  
79,00 X2 148,00

LOT 200339  
EXP 02/2023  
PPV 79.00DH

LOT 200339  
EXP 02/2023  
PPV 79.00DH

2. Trace + AS  
30,00 1g x 3pi

3. Breacim AS  
59,30 1g/-

STE PHARMACIE HAMZA  
ANCA  
N° 36  
0522 93 11 93  
Lotto. Casablanca

4. Karel AS  
75,00 1g/1

LOT 191335  
EXP 03/2022  
PPV 75.00DH

5. Stilnox 10mg  
CP PEL SEC B.10  
PER: 05/2024  
59,30

LOT 191335  
EXP 03/2022  
PPV 56DH 60  
6 118000 061465

STILNOX 10mg  
CP PEL SEC B.10  
PER: 05/2024  
59,30

6. Faradol AS  
20,00

MATIN MID SOIR DUREE

LOT: 0294  
PER: AUT 2022  
PPV: 20 DH 00

التهامـي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي مازولا - الحسـنـي - الدار البيـضاـءـ)  
60 Route Moulay Chami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay H  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail: drgzsa@gmail.com