

**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.

Diagnostique 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.

Prothésaire :

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- 053073

Maladie **Dentaire** **Optique** 41495 **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1403 Société : ROYAL AIR MAROC
 Actif Pensionné(e) Autre : VEUVE
Nom & Prénom : BOUGSA SHANIA VEUVE BENANI DAKHANA
Date de naissance : 11/05/59
Adresse : RESIDENCE NARDANA APP 4 IM 14
CALIFORNIE
Tél : 06 61 19 61 48 Total des frais engagés : 413,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age:
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 : 24/09/2020
Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	D	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">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;">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> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G	Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
H														
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession													

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle	
DECLARATION N°	P 14 / 0031632		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">1403</div>
le 24/09	413,20	1	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0031632

DATE DE DEPOT
24 / 09 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 1403	
Nom & Prénom	BOUGSA GHANIA VEVE BENANI	
Fonction	Phones	06 61 19 64 48
Mail		
Signature de H DAKHANA		

MEDECIN	Prénom du patient GHANIA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 61 ANS
Nature de la maladie	Date 14/09/2020
Date 1ère visite	

Dermatose		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Dermatose		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
c	1	#359,00

PHARMACIE	Date 14/09/2020
Montant de la facture	6320
PHARMACIE JERRADA 61, Bd Abderrahim Bouabid Oasis Casablanca Tél 0522.23 54 49 / 05 77 99 47 26	
Signature et Cachet de la Pharmacie 	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date le 24/09
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
CACHET	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
CACHET				

ABOUCHE



na

الدكتورة نجام فاطنة

أستاذة سابقة بكلية
الطب الدار البيضاء

إختصاصية في الأمراض الجلدية والتجميل

63,20

ÉTIQUE

LASER - PUVA THERAPIE

Casablanca, le :

14 / 07 / 2020

pour ZENANI Glauia Bougja

Zyrtec



63.20.

1 ep 1 à 2 fois

x 2 semaines

PHARMACIE KERRADA
61, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 54 49 / 05 22 89 47 20

docteur NEJJAM Fain
PROFESSEUR
DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE
293, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 86 25 25 / 05 22 86 26 27