

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## **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.

## **que :**

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.

## **aire :**

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.

## **die 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.

48824

## **Déclaration de Maladie : N° S19-0003568**

### **Maladie**

### **Dentaire**

### **Optique**

### **Autres**

#### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 13.13.2 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zineb SEKKAT Date de naissance : 15/11/1992

Adresse : 650 Bd Nedjli Benhadj Acacia Apt G35 Casa

Tél. : 06.61.35.19.46 Total des frais engagés : 242,50 Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Amel

Le : 17/11/2020



## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AOURIR FOUDALI Khadija 52, Rue Lagrampa - Oasis Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca	17/11/2020	242,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	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'EX

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
12 sachets



6 118000 160175

NEOFORTAN®  
10 COMPRIMES  
EFFERVESCENTS 160 mg



6 118000 031697  
دواء المختبرات الصيدلانية شمال إفريقيا  
DU NORD - 21, RUE DES CUDAYA - CASABLANCA - MAROC

PANALGIC EFFERVESCENT  
16 comprimés effervescents



6 118000 020554

en date 17/11/2020

دار البيضاء في

PHARMACE AOURIR  
FOUDAL, Alhadilia  
52, Rue Laghanta - Oasis  
Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca

126, 30

Augmentin 1 g sachet  
1 sachet off

98-821 Neofortan 160

1 g x 26 pell 0.5 p



14031 Panalgie G eff

2 - 2 pell 0.3 p

✓ Chutin

242, SB

A RV Le Lundi 26/11/2020

CLINIQUE LES PAPILLONS

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Téléphone 05 22 98 30 35

Fax : 05 22 98 31 32

Casablanca

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **SEKKAT ZINEB**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **CHRAIBI TAOUIK**

Prise en charge **MUPRAS**

Date entrée **17/11/2020**

Date sortie **17/11/2020 10:35**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : HASNA

17/11/2020

11:33

20K170707

CLINIQUE LES PAPILLONS  
23, Rue de la Gare  
Casablanca