

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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 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

Nº P19- 047054

Optique 58384 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4729

Société :

Royal AIR Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOURKIA Abdelouahed

Date de naissance :

13/11/1958

Adresse :

HAFSA LUELLE

Tél. : 0666061235

Total des frais engagés : 1740.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR BENKIRANE MOHAMED
NEURO-PSYCHIATRE
11, Bd. Zerktouni - Résidence Tarlaya
1^{er} étage - Casablanca
Fax: 022 265317

Date de consultation : 07/12/2020

Nom et prénom du malade : BOURKIA MOHAMMED Age: 1998

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : aff. Neurogastrocholite

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 : 14/12/2020

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
07.12.2020	C 3		300,00	NEURO-PSYCHIATRE 11 Bd. Zektouni - Hésidence Tarfaya 1 ^{er} étage Casablanca 681 - Fax: 022.26.53.47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8 Dec 2020	14.40,00 DA ICE: 0004893600000038

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Docteur BENBRAHIM Brahim.

NEURO-PSYCHIATRE

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya
4 ème Etage - Casablanca
Tél. : 0522 22 16 81
Fax : 0522 26 53 47

الدكتور بنبرهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية والعقلية والنفسية

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفية
الطابق الرابع - الدار البيضاء
الهاتف: 0522 22 16 81
فاكس: 0522 26 53 47

Casablanca, Le

07 Decembre 2020

Mr Bourkia (bouak)

$$360 \times 4 = 1440,00$$

- Xantix 15 mg

LOT: KA93848
PER: 10-2021
PPV: 360,00DH

$$T = 1440,00DH$$

Le 08/02/2020



SOCIETE BENBRAHIM BRAHIM
NEURO-PSYCHIATRE
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya
Casablanca
Tél: 0522 22 16 81
Fax: 0522 26 53 47



Traitemen continu jusqu'au prochain Rendez-vous le 08/02/2021