

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR OPTIVER 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.

## armacie :

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.

## cique :

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**  
N° P19- 049570

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294

Société : ROYAC AIR MAROC

54013

Actif       Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : NAJEM AHMED

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : HAY LAABIDI Rue 16 voie 8

CASA BLANCA

Tél. : 06.32.09.87.67 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2010

Nom et prénom du malade : Dr. CHERATE NAJAT

Age : 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Angor

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) : Najat

## 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
01/12/2020	G+FCC		300.00	Dr. KHALID ADNANE CARDIOLOGUE AV NED BOUZIANE SALAMA III SIDOTEL 0522 55 22 55 Tél: 0522 37 82 33 - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SKIBA SARL AU Dr. en Pharmacie 98, Av. Oued Eddahab, Jamia Y. Tél.: 0522 37 82 33 - Casablanca	30/12/2020	841,30

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

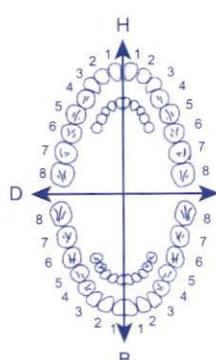
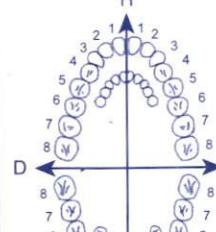
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	B	00000000 35533411	11433553	DATE DU DEVIS
	G			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

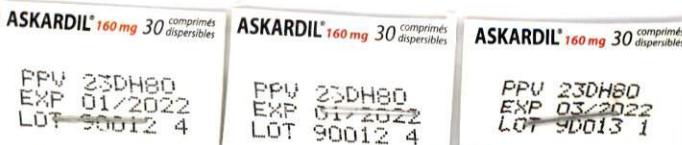
Dr. ADNAN Khalid  
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage  
Salama III Sidi Othmane  
20670

Tel.: 05 22 55 41 08  
Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp  
Fax: 05 22 55 41 12  
Email: kha\_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 30/12/2020



1) ASKARDIL 160 MG CP

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois

54.10 + 50.70 x 2  
2) CARDENSIEL 2.5 MG BT/ 30 CP

Prendre 1/2 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

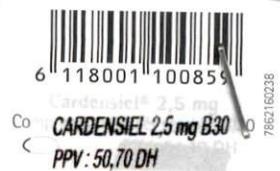
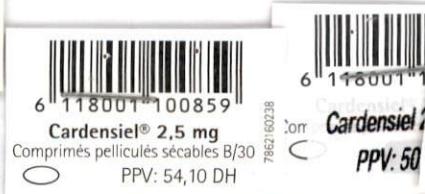
243.00 + 185.70 x 2  
3) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

4) MAGMINE BOITE DE 30 COMPRIMÉ

Prendre 1 comprimé le soir

Mme Najat CHERATE



Dr. ADNAN Khalid

DR. KHALID ADNAN  
CARDIOLOGUE  
254 AV MED BOUZIANE SALAMA III  
SIDI OTHMANE - CASABLANCA  
Tél: 0522 373233 - Casablanca  
D. en Pharmacie, Jammal  
PHARMACIE SKIBA SIDI ALI

**ECG**

NOM: CHERATE NAJAT

ID :

Genre :

Age : 61

DOB : 01-01-1959

Date Test: 30-12-2020 11:12

Case #:

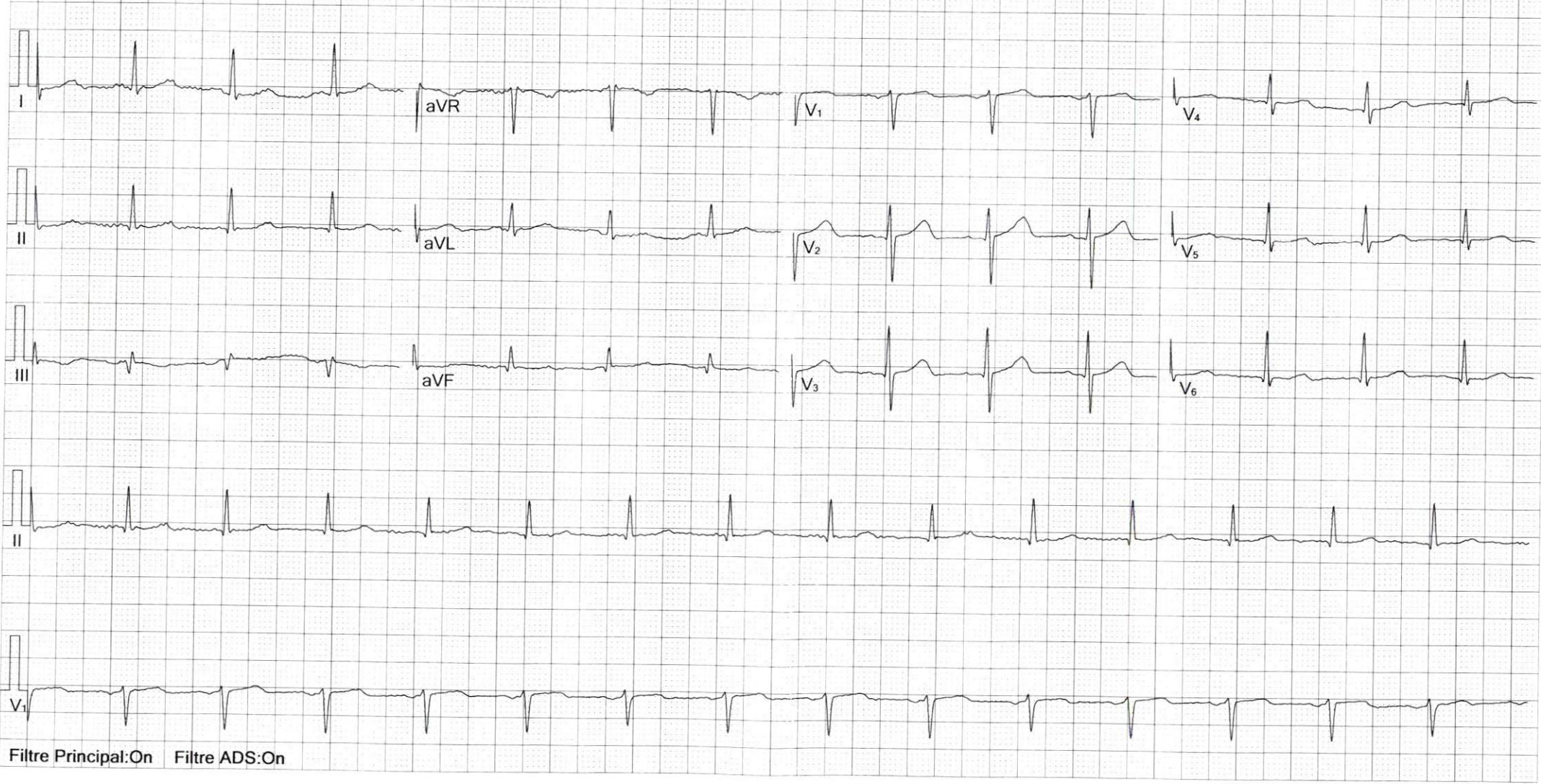
Investigation #:

161/84

Médecin Référent: Doctor A

Signature Médecin:

10mm/mV 25mm/s



Filtre Principal: On   Filtre ADS: On