

# 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.

## Radiologie 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.

## 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.

## Dentaire :

- 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° P19-2017089

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02334 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NADIF M. delbali Date de naissance : 09/06/1956

Adresse : .....

Tél. : 052232853 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. SAMI Mustapha**  
**Neuro-Chirurgien**  
39, Bd. Rahal El Meskini  
Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

Date de consultation : 06 AOUT 2019

Nom et prénom du malade : NADIF M. delbali Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Carcinome .....

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 : 03/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : .....



# RELEVÉ 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
06 AOUT 2019	C2		300	Dr. SAMI Mustapha Neuro-Orthopédiste 39, Bd. Rabat El Meskini Tél.: 0522.31.44.76 - Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Dr. BENSLAMANE Mohamed Résidence Al Andalous Tahma Dar Boudou Tél: 05 22 65 85 70	3/9/19	MB, 80
--	--------	--------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

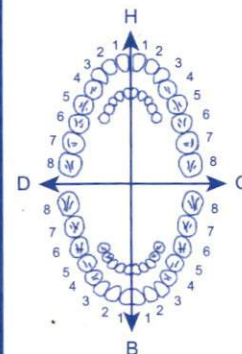
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

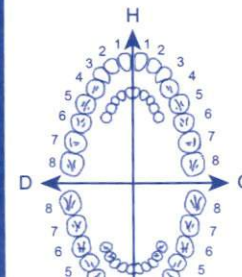
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



# PHARMACIE ABDELHAKIM

Magasin 4 Gh6, immeuble 7  
Ikamat Al Amal, Errahma,  
Casablanca.  
Téléphone : 0522.65.85.70  
Patente N° :



## FACTURE

Facturé à :

*Sadiq Abdellah*

Date :

*31/3/19*

N° Facture :

*860*

Pour : Achat de médicaments

Désignation

Quantité

Prix unitaire

Prix Total

*Madopar 26*  
*Stilnox 10*  
*Tranxène*  
*Permax 1*

*S.V*

*S.V*

*S.V*

*S.V*

*2*

*298,00*

*(96,00*

*4*

*16,60*

*296,40*

*1*

*18,40*

*18,40*

*1*

*273,00*

*273,00*



Total

LOT : 9MA033  
PER: 01 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 9MA033  
PER: 01 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 9MA034  
PER: 01 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 9MA033  
PER: 01 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivraie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivraie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697

*18,40*  
Tranxène 5 mg  
30 gélules

6 118000 011743

P.P.V. 273.00 MAD

6 118001 272297

*113,80*