

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## soins 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.

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.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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- 0032696

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

23147

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BAYDOURI KAMAL

Date de naissance : 18/07/61

Adresse : Quartier de l'Hôpital, Angle Sette et Provence

Im. 29. App. 11 Casablanca

Tél. : 066139012 Total des frais engagés : 385 Dhs Dhs

Docteur Leila LAHLOU

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/02/2020

Nom et prénom du malade : Baydouri Inesse Age : 58'01'21

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affectif

Neurocortex

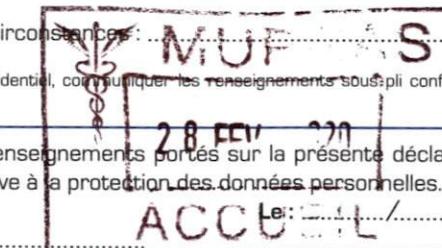
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
26.02.20	C2		7250 F	<i>Docteur Leila JAH</i> PEDIATRE

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Docteur Leila JAH</i> 13 BD VILLEURBANNE 95-36-CASBAH 13000 13000 13000	26.02.20	135.00 dh

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000 00000000			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Leïla LAHLOU BERRADA  
PEDIATRE  
Maladies du nourrisson & de l'enfant  
Allergologie infantile



الدكتورة ليلا لحلو براطة

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية عند الطفل

Casablanca, le : 26/02/2020

Nom - Prénom :  
Poids :

Baydouri Ines

13500 Casablanca (1)

Docteur Leïla LAHLOU  
PEDIATRE



إقامة جاسم حسام - 175 زنقة بوكرا - الطابق الأول - زاوية شارع مولاي يوسف - الدار البيضاء - قرب مستشفى مولاي يوسف  
Résidence Jassim Houssam - 175, Rue Boukraa - Angle Bd My Youssef - 1er Etage - Casablanca - en face de l'Hôpital My Youssef (ex Sidi Soufi)  
Tél. : 05 22 27 66 33 /34 - Urgences : 06 61 16 60 57 - E-mail : leilalahlouberrada@gmail.com