

# 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.

## 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.

## 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- 062795

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1607

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bélamine EL habib

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.16.75.00 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

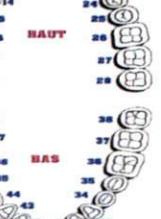
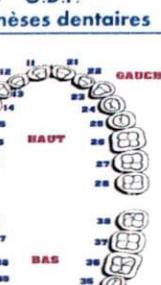
Signature de l'adhérent(e) :

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					<input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
		H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
					<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
					<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
					<b>Fin de</b> <input type="text"/>
VOLET ADHERENT		NOM : .....			Mme
DECLARATION N°		W18-405674			
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>					
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle					



W18-405674

DATE DE DEPOT

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <i>60f</i>
Nom & Prénom <i>BELA MIRE</i>		
Fonction :	Phones.	<i>06110780</i>
Mail <i>elhabib.alzahrani@gmail.com</i>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date .....
Nature de la maladie	Date 1ère visite <i>#30004</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>C</i>		
Nature des actes <i>an</i>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>		Date <i>28/12/2020</i>
Montant de la facture		<i>T = 213,20 HT</i>
<b>ANALYSES - RADIGRAPHIES</b>		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraire
AM	PC	IM	IV	

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le ..... 28 DEC 2019

in Berounne Dr (Kab)

76, Bd + 136170

Brada



1<sup>er</sup> étage mi + 3<sup>me</sup>



T = 213120

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue

76, Bd. abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 25 36 36 - Fax: 0522 25 88 80

# URADOX® 2mg

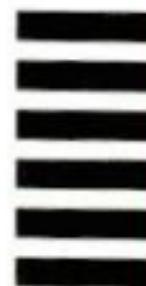
Doxazosine

LOT : 081

PER : AUT 2021

PPV : 76 DH 50

30 Comprimés sécables



دوكسازوسين

URADOX® 2mg

60 caps sécables



6 118000 051114

60 قرصاً  
قابل للكسر



Doxazosine

RADDOX® 2mg

LOT : 074  
PER : DEC 2020  
PPV : 136 DH 70



معهد الصيدلة