

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

## Informations 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.

## Médecine 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- 0040100

ND. 39455

9751

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 9751 ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : QUADRY AZIZ

Date de naissance : 10/03/1962

Adresse : .....

Tél. : .....

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

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

### 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
Mai 2020	Contrôle oral et SBAI			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
WJ	Mai 2020	525,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

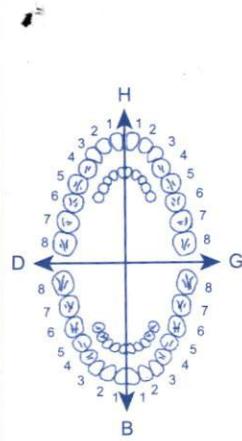
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023



3 ampoules buvables

## D-CURE® FORTE

de : Prévention en Gynécologie  
Stérilité du Couple  
Colposcopie  
Échographie

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

3 ampoules buvables

## D-CURE® FORTE

PPV: 169DH00  
LOT: 12/22  
EXP: 03/2023

M. Choukri Khadija.

525, 60

11. 7. 20

49,60 x 3 - Tardyferon 80

15g/j la matin

49,60 x 2 - Ducre forte  
10ug / 15 jours  
RS A 10ug / mois

169,40  
- Dolico x 90  
20mg/j pendant

Dr. Bouchra SBAI  
Médecine Générale  
Colposcopie  
Télé: 0522 50 72 24 - Ain Chock  
Casablanca

GTIN: 16118001300805  
Lot No: AB22497  
EXP.: 12/2021  
S.N.: AB063563975976



20mg x 30 tablets

- Ranciphex 20  
1g/j au réveil

142، شارع الخليل - حي مولاي عبد الله عين الشق - الدار البيضاء - ☎ 05 22 50 72 24

142, Bd. El Khalil, Hay My Abdellah Aïn Chock - CASABLANCA - ☎ 05 22 50 72 24

I.C.E.: 001917303000070

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH