

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## ladie 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.



ND 40001

## Déclaration de Maladie : N° P19-0020266

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 457 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKIF H.NIA Date de naissance : 1936

Adresse :

Tél. : 0663517268 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

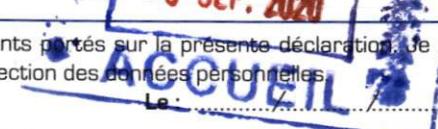
Conjoint

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) : .....

7

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

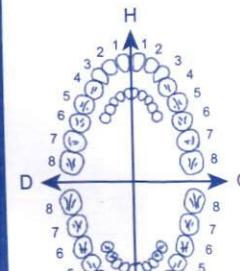
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000



### **(Création, remont, adjonction)**

# Clinique BADR



مصحة بدر

URGENCE 24/24

REANIMATION MÉDICO - CHIRURGICALE

CHIRURGIE VISCÉRALE

COELIO CHIRURGIE

NEURO - CHIRURGIE

CHIRURGIE VASCULAIRE

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE

CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE

CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur :

Casablanca, le .....

25/08/2020

Hme Alatif HNiya a été adressé  
au magasin de la clinique Badr  
le 25-08-20 pour changer la sond.  
Veuillez voir la facture détaillé.

**CITM CLINIQUE BADR**  
35, Rue EL ALOUSSI Bourgogne  
Casablanca Fax: 05 22 49 23 86  
Tél. 0522 49 28 00/80/82/83/84

CLINIQUE BADR	Bloc : Salle V
DATE : 25/08/82	N° DOSSIER :
NOM : Aki F H Nida	MED. TRAITANT :
CHAMBRE :	INFIRMIER :
	RETOUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>o sonde abd</li> <li>o Compresses</li> <li>o cystal.</li> <li>o poche urine.</li> <li>o gant gératib. x2</li> <li>o gant stérile 8x1</li> <li>o serre sèche</li> <li>o Sang local</li> </ul>	
 <p>CLINIQUE BADR 35, Rue El Aloussi Bourgogne Casablanca F-20249 Casablanca Tél: 0522 92 49 23 86 Fax: 0522 92 00 82 183 184</p>	

# CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

## F A C T U R E

N° : 202001726  
Du : 25/08/2020

Nom patient : Mme AKIF HNIA

*Médecin prescripteur ; DrSAM*

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
PHARMACIE	0	100,00
SONDAGE	0	200,00
Total		300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**TROIS CENTS DIRHAMS**

*CITM CLINIQUE BADR  
35, Rue EL Aïtoussi Bourgogne  
Casablanca Fax: 05 22 49 23 86  
Tél.: 0522 49 26 00 80/82/83/84*