

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, parodontologie 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.

Rééducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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° W19-579219

45931

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6405 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

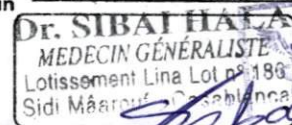
Nom & Prénom : EL ABLI HOUSSEINE

Date de naissance : 28/03/1964

Adresse : Lot Lina, N°216 Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 066141886 Total des frais engagés : 1553,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 28/10/2020

Nom et prénom du malade : SOUAFI EL ABLI MADIA Age : 56 ans

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

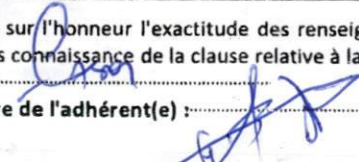
Nature de la maladie : diabète type 2 + HTA

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 : Casablanca Le : 28/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

Ordonnance

Casablanca, le : 28/10/2020

SOUAFI EA EL ASLI

20,40 x 3 = 31,2

1/ Metformin win 500

1cp / j midi 3 mois

2/ X Gorge 160 / 5mg

1cp / j matin 3 mois

3/ Manhae

1gel / j midi 2 mois

Dr. SIBAI HALA

MEDECIN GENERALISTE

Lotissement Lina Lot n° 186

Sidi Maârouf

4/ Dermofix Crème %

87.30

1 app x 2 / j 10j

56,30 x 2 = 112,60

5/

Dawre 25 000

1 amp / Dr. SIBAI HALA
MEDECIN GENERALISTE
Lotissement Lina Lot n° 186
Sidi M'arradj

15j pd 4 mois

6/

VAXIGRIP tetra

Dr. SIBAI HALA

MEDECIN GENERALISTE

Lotissement Lina Lot n° 186

Sidi M'arradj

LOT : 20E012
PER: 05 2023

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 20E015
PER: 05 2023

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

Pharmacie M. SIBAI
Mme. H. SIBAI
Bd. 80
LOT : 20E013
PER: 05 2023
METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30
P.P.V : 10DH40
6 118000 062127

1403.10



611800103056 9
EXFORGE
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 264,00 DH



611800103056 9
EXFORGE
5mg/160mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 264,00 DH

LOT 200002
PER 02/23
PPV 87130

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

PPV: 56,30 DH
LOT: 20F24B
EXP: 06/2022

NOVARTIS

PPV : 264,00 DH

190,00 DHS



3 515484 271695

190,00 DHS



3 515484 271695