

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Pathologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº P19- 048959

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5582 Société : Libolco

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL GUARDI MOHAMED

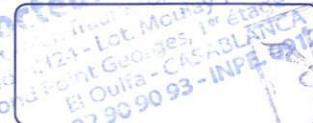
Date de naissance : 30-01-1956

Adresse : LOT hay Fathia N°60 ouffa , casab

Tél. 0623 18 9803 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2020

Nom et prénom du malade : El Guardi Mohamed Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALD

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie

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] : El Guardi Mohamed

## 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
09/10/2015	CS	- 260.20		DOCTEUR YOUSSEF THARINI L'Additionniste et les étages - APPARTEMENT 101 100, rue Georges El Ouazzani Casablanca 090 93 - INPE 0912 100

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Lotulatibio 1000 CASASIL NFE: 09-05-2020 ICE: 0020455702	20/10/2020	249,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
04-11-2020 NBOMED SARL 10, Rue des Hôpitaux Docteur Brawy - Qu. des Hôpitaux 00100 - Casablanca 03/08/22 AT 11:53	04-11-2020					500,00

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acide préparé et la nature des soins.

### **Important :**

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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..... / ..... / 20....

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 55.82

e-mail : melaouardi305@gmail.com

phones : 0670367627

0623189803

Nom et Prénom de l'adhérent : EL OUARDI Mohamed

Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

**Docteur Karim EZALDI**

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزايدى  
أخصائى في جراحة العظام و المفاصل

Lot. 1287468

P.PV : 150.00

Exp. 04/2022

P10002677

**Ordonnance**

Casablanca, le .....

20/10/2022

Ephenadix

Motilium

150,00

1/100mg do

99,00 1g / 6

sh

2/ oral do 8g

LOT 191336  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

249,00

Docteur Karim EZALDI  
Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste  
Bd. HH24 - Lot. Moulay Thami N° T41, rond point Georges  
Rond Point Georges - Casablanca - Appartement 5  
Télé: 0522909093 - GSM: 0649494942 - E-mail: dr.ezaldi@gmail.com - INPE: 091216432

Angle Bd. Oum Rabiaa et Bd. Zoubir du Bd. HH24 - Lot Moulay Thami, N° T41, rond point Georges  
1er étage, App. 5, El Oulfa - CASABLANCA

Fixe : 0522909093 - GSM : 0649494942 - E-mail : dr.ezaldi@gmail.com - INPE : 091216432

## FACTURE

N° de FACTURE	Date
FA202852	04/11/20
<b>Mode de Règlement</b>	

**ELOUARDI MOHAMED**

N° ICE :

Référence	Désignation	Qté	P.U. T.T.C	TVA	R%	Montant TTC
9694	SEMELLE ORTHOPEDIQUE	1,00	500,00	20		500,00

Base TVA	Taux	MontantTVA
416,67	20,00%	83,33

<b>Total HT</b>	:	416,67
<b>Montant TVA :</b>		83,33
<b>Total TTC</b>	:	500,00

Arretée de la présente facture à la somme de :

Cinq cents Dirhams

Page 1

**SONBOMED SARL**  
 40, Rue des Hôpitaux  
 (Ex. Docteur Braun) - Qu. des Hôpitaux  
 20100 - Casablanca  
 Tel : 05 22 22 20 31 - Fax : 05 22 47 43 03

Docteur Karim EZALDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزيادي

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

Ordonnance

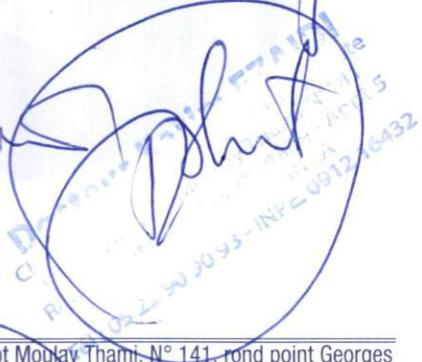
Casablanca, le : 20/10/2002

Ehmed Moussaoui

1) Seuille orthopédique  
Dosis Phyt.

500,00 SONBOMED SARL  
40, Rue des Hôpitaux  
(Ex. Docteur Brown) - QU. des Hôpitaux  
20100 - Casablanca  
Tél.: 05 22 21 20 31 - Fax : 05 22 47 43 03

2) Dosis Phyt.



Angle Bd. Oum Rabiaa et Bd. Zoubir du Bd. HH24 - Lot Moulay Thami, N° 141, rond point Georges  
1er étage, App. 5, El Oulfa - CASABLANCA

Fixe : 05 22 90 90 93 - GSM : 06 49 49 49 42 - E-mail : dr.ezaldi@gmail.com - INPE : 091216432