

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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- 058470

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société : R.A.M. 51692

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JALAL Abd e Phaken

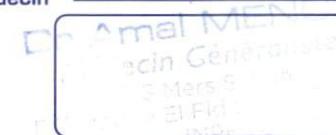
Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Bouchentouf, rue 59 n°59 Casab MARROC

Tél. : 0608158914 Total des frais engagés : 1.53,70 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2020

Nom et prénom du malade : Mme Youssra Zahia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie

Maladie

Maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

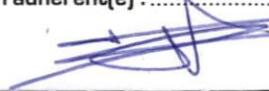
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le sceau confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casab

Le : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
07/10/2020	C	C G		Dr A. M. Général C/SAMS Sud Agation E/Franca - INPE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE MENARA Derb El Makhzen 22000 Rue 1 Casablanca</i>	21/10/20	453.70

## **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	

## 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
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

Date: 07/10/2020

## ORDONNANCE

Mme Yousfi Zakia

1). Cetodiprane

1cp x 3 (j)

2) - Glycan cp 500 mg  
19<sup>50</sup> + 3 1 - O - 1 } att

3) - LeroThyrox 25 mg  
6,70% 1cp 1j de 03 mois

4) - LeroThyrox 50 mg  
13,91% 1cp 1j

5) - ~~Exedrol~~ 25 mg  
09,00 Dhs 1cp 1j le matin

mt de 03 mois

49,60 Dhs  
49,60 Dhs - D Cere aux  
1cp 1sem ptt 4 sem.

13,40 Dhs



611 800110201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

citron de Semoy  
France  
Cp

250  
GAA  
T Allemande



611 8001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

Dr. A. A. MENNOIA  
Médecin Généraliste  
Délégué au Dr. Fida Mess  
Casablanca - INPE: 091225607  
7862160335



611 8001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

COOPER PHARMA

PPV: 6,80 DH



611 8001 10201 3  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

COOPER PHARMA

PPV: 6,80 DH

ORTÉ

variables

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E25  
EXP: 05/2023

# GLYCAN<sup>®</sup> 500

Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT T649 PER 06/23

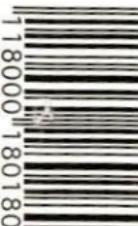
Metformine chlorhydrate

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT T452 PER 04/23

50 comprimés dosés à 500 mg

PPV 19.50 DH  
LOT L507 PER 05/21

6 118000180180  
  
GLYCAN<sup>®</sup>  
50 comprimés



