

# 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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 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.



**Déclaration de Maladie**  
**Nº P19- 045086**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5318

Société : 53932

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : Zhar

Rachida

Date de naissance : 26 - 8 - 1962

Adresse : 26 Rue El Fawat angle Moustapha El Mezzi

Tél. : 0664 82 18 56 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 NOV 2020

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ACCEUIL

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

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) : 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03 NOV 2020     | C                 |                       | Chir                            | INSTITUT MEDICAL<br>Tél : 05 25 26 00 00<br>06 70 40 00 00     |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 31/11/12 | 444,30                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins                                       | Coefficient |                         |
|------------------------------|---|--|-------------|-------------------------|
|                              |   |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |   |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |  |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411  | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |  |             | DATE DU DEVIS           |

**Dr. Hafid OUKHLIFT**

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CERTIFICAT DE LA FEDERATION INTERNATIONALE  
DU DIABÈTE ET DE U.E.M.S.

ECOGRAPHE

ECG

الدكتور حفيظ أخذيفت

طبيب رئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتب للجمعية الفرنسية والأوروبية لأمراض القلب

عضو منتب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري والإنجذاب الأوروبي

لأطباء الأنصافين

الكشف بالصدى (إيكوغرافي)

تخطيط القلب



Casablanca, le \_\_\_\_\_

Télé: 0522 30 26 23

203 NOV 2020

10 2020.

203 NOV 2020

Pr ex S. V. le 2020  
6900x3 = 20700  
S. V. Dr m  
8510 S. V. 2020

2880x4 = 11520 m  
S. V. Dr m

11520 / 1000 = 11.52  
3300  
S. V. Dr m

شارع الأlaus، رقم 55، الطلاق الثاني، بنجديه، قرب سوق بنجديه • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23

58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél. 05 22 30 26 23

444,30



LOT : 200416  
UT AV : 10/2022  
PPV : 69,00DH

LOT : 200416  
UT AV : 10/2022  
PPV : 69,00DH

LOT : 200416  
UT AV : 10/2022  
PPV : 69,00DH

دولاستان® DULASTAN® 500 mg / 2 mg  
Boîte de 20 comprimés 37,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg, cp B 30  
P.P.V : 85,10 DH  
6 116000 061458

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80