

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## 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.

## 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.

## 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.



Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 444443434

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : *XXXXXX*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.31.11.70 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Déclaration de Maladie

N° P19- 050159

N° D : 53584

Optique

Autres

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/12/2011

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Angiodyst.*

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BAB ESSALAM</b> <b>Mr SEKKAT Omar</b> <b>17, Rue de l'Atlas C.I.L.</b> <b>ablaouia - Tél: 0522.94.15.14</b> <b>031 01082118000087</b>		<b>768,00</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

## (Création, remont, adjonction)

	<p>DATE DU DEVIS</p>
--	--------------------------

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 07/12/2022

PHARMACIE BAB ESSALAM

Mr SEKKAT Omar

27, Rue de l'Atlas - C.I.L.

Casablanca - Tél: 0522.94.15.11

ICE 001062118000087

2000280067 / 151105100019HA

Prénom : KARIMA

Nom : YETTEFTI

DDN : 10/08/1962 E: 05/12/2020

Service : HOSPI 5 (NA)

MUPRAS

Sexe: F

21 x Flagyl 500 mg cp.

37 x vests 20 mg gélules

38 x Lovenox 100 mg

51 Amoket 10 cp.

TOTAL = 768,00 Dhs

Réf Contref. Mercant: 09/12/2022 à 10h00 Salle de réunion Roc Khalifa

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabib Casablanca - Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

0912405100

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Pr Assistant Général

2022

PPV: 132DH00  
PER: 03-22  
LOT: J754

PPV: 132DH00  
PER: 03-22  
LOT: J762

LOT 191336  
EXP 04/2022  
PPV 99.00DH

LOT : 200116  
UT AV : 03/2023

COOPER PHARMA  
PHO: 6,20 DH

UTAV:

PPV(DH):

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

18/12/22

Mme YETTEFTI

l'honneur:

Taieb Naciri

LOCAMED SERVICES  
MATERIEL MEDICAL

Vente en Magasin (G1)  
Non valide pour toute autre transaction  
50 BOULEVARD GHANDI CASABLANCA  
TEL: 05 22 94 20 39 / 05 22 94 20 40

50,13 DH



ICE : 001526686000016

Facture

UF20000167272

CASABLANCA

Le, 19/12/20

**DEPOT GHANDI**

Agent commercial : LAABAD

Mode de règlement : ESPECE

**ICE CLIENT :**
**INP CLIENT :**

N° CLIENT : CL000008

MME YETTEFTI KARIMA

Clients Comptoirs Ghandi

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TT
TE1624W	2	TEGADERM 6cm x 7cm UNITE	10,00	5,00	0%	5,00	50,00

Code	Base	Taux	Montant
2	41,67	20%	8,33
<b>Total</b>	<b>41,67</b>		<b>8,33</b>

**Total HT** 41,67

**Total TVA** 8,33

**Total TTC** 50,00

**Timbre :** 0,13

**Total TTC + Timbre :** 50,13

Call Center 05 37 63 27 28 / 05 22 86 22 22 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

Arrêtée la présente Facture à la somme de TTC + TIMBRE : 50,13

LOCAMED SERVICE SARL AU CAPITAL 17 800.000 DH - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

**CASABLANCA**

Arjoun : 7, rue Lahcen Arjoun ( face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi : 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulimima : 627, rue Goulimima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux : 46, rue des hôpitaux.Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

**RABAT**

Arribat Center : Av. Nations-Unies, Al Abtal, Inaouin et Omar Ibn Al Khattab, Agdal Tél : 05 37 68 13 12

Zaer : Angle Av. Mohamed VI et Av El Haouz. Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mousaounia : 11, rue Mousaounia (ex CTM) centre ville Tél : 05 37 70 40 / 05 37 70 00 77

**MOHAMMEDIA** Magasin N°4 immeuble B, place Mohammed V, résidence du Centre. Mohammeda Tél : 05 23 31 71 84

**MARRAKECH** Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

**AGADIR** Marjane Agadir, Avenue Mohammed V, Founty, Agadir Tél : 05 28 38 67 49

**KÉNITRA** Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

**FÈS** Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chbibi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

**MEKNÈS** 16, Avenue Amir Moulay Abdellah Manzeh , Meknes (à côté de Polyclinique Alaoui) Tél : 05 35 62 53 13

**TANGER** 6, résidence Saghinia 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Ibenra, Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67