

# 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, 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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.



54855

Déclaration de Maladie : N° P19-0020139

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4230 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : HAMDAGUI Date de naissance : 01/06/48  
Adresse : HAY MAHMEN N° 127 Mohammedia  
Tél. : 0766041726 Total des frais engagés : 520 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/2021  
Nom et prénom du malade : Chajir Nina Age : 68 A  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : bronchopneumonie - Gendres d'ort  
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 : 05/01/2021  
Signature de l'adhérent(e) : HAMDAGUI

| RELEVÉ 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 |
| 05/01/21                       | C                 |                       | 1202R                           |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |             |                       |
|--|-------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date        | Montant de la Facture |
|  | 05 JAN 2020 | 2,000,00 d.h          |

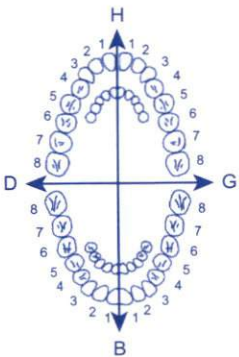
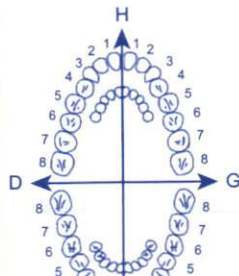
[illegible]

| 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 |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

Le praticien est prié de préciser comment l'acte a été traité, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Gér

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  |          | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins   | Coefficient          |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|--|----------|--|-----------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------|----------------------|
|       |          |  |                       |                      | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES  |          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|     |          | <table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table> |                       |                      | H                          |                      | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|  |          | H  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          | 25533412   | 21433552              |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          | 00000000   | 00000000              |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          | D  | G                     |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| 00000000   | 00000000 |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| 35533411   | 11433553 |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| B  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |          |  | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/> |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  | DATE DU<br>DEVIS      | <input type="text"/> |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |          |  |                       |                      |                            |                      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |

**DR. Chouaïk AFAF**  
**Médecine Générale**

107, Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

**الدكتورة الشويخ عفاف**  
**الطب العام**

107, تجزئة الوحدة II, الطابق الأول  
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le

05/01/21

الدروة، في

PHARMACIE AL MADINA  
Dr. Aouatif HAMDOUN  
Lot. EA 257, Immeuble N°1  
Pôle Urbain de Nouaceur  
Casablanca - 05 22 53 94 03

Chajet Nina

149,50

1 -

Curarti

(S.V)

1 cp \* 2 j \* 6 J.

plus 1 cp 1 j \* 15 J.

95,00

2 -

Arthrosam

(S.V)

1 app \* 2 j

37,00

3 -

Onoxol

(S.V)

(ABT)

1 cp \* 3 j

128,50

4 -

Ixor 20 (GM)

1 cp j

(S.V)

T = 400,00

CHOUAIK AFAF  
Médecine Générale  
Lot El Wahda II - 1er Etage  
Deroua, Tél : 05 22 53 20 70

37,00

PPC : 149,50 DH

curarti<sup>®</sup>  
comprimé

Lot :

305046

À consommer de

04/2023

préférence avant le :

ARTHROSAM<sup>®</sup>

37,00

LOT : 0030  
PER : 04-23  
PPC : 95.00 DH

DUOXOL 500mg/2mg 20 قرصا  
Boîte de 20 comprimés

37,00

IXOR<sup>®</sup> 20 mg

28 comprimés effervescents

PPV 118DH50

EXP 09/2022  
LOT 08038 6

PHARMACIE AL MADINA MONAGIRA  
Dr. Aouatif HAMDOUN  
Lot EA257, Immeuble N° 1  
Pôle Urbain de Douaouda  
Casablanca - Tél. : 522 53 94 01