

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Médecine 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.

## 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie  
Nº M20- 0009265  
*(55838)*

Matricule : **10308** Société : **R. A. 17**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **Bouyaddou Felima**

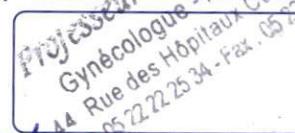
Date de naissance :

Adresse : **Lot Alferdaous App 7 IHB 81-1g 2 ouf**  
**casab tana**

Tél. : **0602 4676 56** Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNIDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **1/11/2012**

Nom et prénom du malade : **Bouyaddou Felima**

Age :

Lien de parenté :  Lui-même

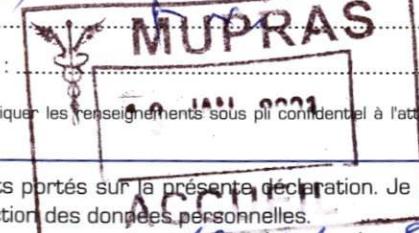
Conjoint

Enfant

Nature de la 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 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 : **case**

Le : **15.10.11. 09.11**

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
11/12/20	C		30	<i>Praticien Gynécologue - Assuré 2222222222222222 44 Rue des Hôpitaux Casablanca Tél: 05 22 22 23 34 - Fax: 05 22 23 23 23</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE POLYCLINIQUE 58 Route My Thami Hay Hassani Tir Abdelaziz Tél: 05 22 21 67 - Casablanca</i>	01/12/20	8970

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaire, ainsi que le bilan

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZYRDOL Gyn® 500 mg 10 Ovules

PPV 25DH00

EXP 08/2022

LOT 95028 2

ZYRDOL Gyn® 500 mg 10 Ovules

PPV 25DH00

EXP 01/2023

LOT 9N046 3

crème

Fucidine® 2%  
Tube de 15 g

CASABLANCA, le 01.12.2020

Mme BOUGADDOUR Fatima

Row  
1 ZYRDOL

g(x) x 2

1 ovule au couche, pendant 20 jours.

2 EXACYL 500 mg cp pellic B/20

1 77

3 FUCIDINE 2 % crème : T/15g

application le matin et le soir, pendant 10 jours

3970

PHARMACIE PC

DRA H. MIMI

5229

8970

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58, Route Mly Thami - Hay Hassani  
Tél. 0522 21 61 - Casa

Professeur Amine HIMMI

Professeur Amine HIMMI  
Gynécologue Accoucheur  
44 Rue des Hôpitaux Casablanca  
Tél. 05 22 22 25 34 Fax: 05 22 26 21 35