

# 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.

## 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.

## 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-

051254

NID: 30676

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2344

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELOUADI ABDELLAH

Date de naissance :

19.3.1954

Adresse :

19 Sot Ain Diab Tl Case

Tél. : 06 61 06 77 27

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr AIT EL HAJ Meryem  
Ghandi Oncology  
Oncologue Médical  
236 , Bd. Ghandi , Imm. Ghandi  
Offices 2<sup>e</sup> Etage N° 7  
Tel : 0522 23 01 13

Date de consultation :

09/03/2020

Nom et prénom du malade :

BELOUADI Abdellah, Age: 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Néoplasie colorectal

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 : Casablanca

Le : 09/06/2020

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
10/03/2020	Cs.		300.00	 <b>Dr AIT EL HAD Meryem</b> Ghandi Oncology Oncologue Médical 236 , Bd. Ghandi , Imm. Ghaffi Offices 2ème , Etage N° 7 +212 522 23 01 13

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9.3.202	370,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

le 09/03/2020.

Mme BELOUAHI ABDELLAH

A Appartee

3725 Avenue Mohammed VI



100 ml



OMNIPAQUE™ 300mg I/ml  
SOLUTION INJECTABLE IOHESOL 1x 100ml



Distribué par CYCLOPHARMA Lot 84, Z.I.Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur  
N° AMM : 311/13 DMP/21/NNP

RDV le 16/03/2020

À 10h30

À fin



*Mé 2344*  
**RADIOLOGIE ANOUAL**

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Radiologie Numérisée | Echo Doppler  
Echographie Obstétricale 3D-4D | Mammographie Numérisée  
Sénologie interventionnelle | Scanner multibarrettes  
Ponctions guidées (Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie  
IRM Haut Champ 1.5T

Dr Chakib BENNANI-SMIRÉS | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

CASABLANCA, LE 04/03/2020

**DEVIS**

M-20-03-0201-066

N° D200003929 04/03/2020

LATIFA.K

Nom et prénom du patient : **BELOUADI ABDERRAHIM**

Prise en charge : **MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie**  
Examen radiologie

Examen radiologie	Nombre	Prix unitaire	Montant
TDM ABDOMINO PELVIENNE	1	1 600.00	1 600.00
Sous-Total			1 600.00
(*) Produits facturés à l'unité		Total devis	1 600.00



www.anoual.ma | E-mail : anoual@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99  
Sénologie (Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie) : +212 522 86 09 89  
IRM | Scanner : +212 522 86 09 79 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93