

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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° P19-0044584

ND: 34859

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MECHOUR BOUZZA

Date de naissance :

Adresse : BE SAADA Kolamina N° 18 L'Hayane

Tél. : Total des frais engagés : 3408 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2024

Nom et prénom du malade : Bouzza Mechour Age : 70 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/02/2020	2808,80 Code: 102025178

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

[illegible]

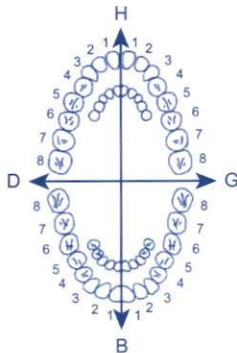
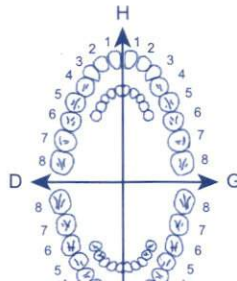
7

## RELÈVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></div>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/></div>														
	<div style="text-align: center;">  </div>																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<input style="width: 100%;" type="text"/>																		

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

DATE DU  
DEVIS



**Dr. Bouchra BENAABOUD**

**Neurologue - Neurophysiologiste**

*Spécialiste des Maladies du Système Nerveux*

**Adultes et Enfants**

Diplômée de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat



**الدكتورة بشرى بنعبود**

**أخصائية في أمراض الجهاز العصبي و الدماغ**

**الكبار و الأطفال**

**خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط**

Salé, le

04/12/2022

44.20  
x3

OTAR sup

45.30  
x11

ventoline spray

37000

1.10.50  
x10

Triptel L sup

41300

298.00  
x4

ADOPAR sup

x 101300

314 - 314 - 314 - 314 - 314

198.00

Nalceptel gel - 100mg

100mg x 3 sup

Rés. Oum El Kheir 182 - Appt. 10 - 2<sup>ème</sup> Etage - Av. Mohamed V - Tzibriquet - Salé (à côté de Cinéma Opéra)

Tél / Fax : 05 37 86 10 86 - E-mail : benaaboud@yahoo.com



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH



**VENTOLINE 100 mcg**  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Voie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



Laboratoire Poindis  
8 Rue des Goncourt  
75011 PARIS, FRANCE



CNK 3259-850

PVC: 198.00 DH

120 ml



**DIFAL®**  
Diclofenac sodique 100 mg  
Boîte de 10 Suppositoires

P.P.V. : 32,40 DH



6 118000 190363

**DIFAL®**  
Diclofenac sodique 100 mg  
Boîte de 10 Suppositoires

P.P.V. : 32,40 DH



6 118000 190363

**DIFAL®**  
Diclofenac sodique 100 mg  
Boîte de 10 Suppositoires

P.P.V. : 32,40 DH



6 118000 190363

Distribué par  
Roche S.A. Maroc  
225 Bd. D'Anfa Casablanca  
MADOPAR 250 / 100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697

Distribué par  
Roche S.A. Maroc  
225 Bd. D'Anfa Casablanca  
MADOPAR 250 mg 100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697

Distribué par  
Roche S.A. Maroc  
225 Bd. D'Anfa Casablanca  
MADOPAR 250 / 100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH  
6 118001 050697

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm

110,50

50 X 16 X 114 mm