

# 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.

## 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.



ND: 32613

SN

**Déclaration de Maladie : N° P19-0003988**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000069701 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

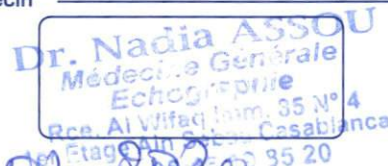
Nom & Prénom : FATAH NAÏMA Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/04/2020

Nom et prénom du malade : FATAH NAÏMA Age : 1953

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique digestive

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
	21/7/20	65,00

[illegible][illegible]

**RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

**Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
	<div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D —————   ————— G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div>		
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Nadia ASSOUL

Médecine Générale - Echographie  
Nutrition et diététique Médicale  
Diplômée de la faculté de Médecine  
et de pharmacie de Casablanca  
Ancien Médecin Interne au CHP  
My Abdellah Mohammedia



## الدكتورة نادية عسو

الطب العام - الفحص بالصدى  
طب التغذية و الحمية الطبية  
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفى  
مولاي عبد الله بالمحمدية

### ORDONNANCE

Casablanca, le : 02/07/2020 : الدار البيضاء في

M<sup>me</sup>

FETTAH Nadia

① Zetalex flavon: 1 flavon  
(Ampoule inertale) le soir

② Zolam 30mg gélule: 1gél  
(Bte 14)

65.00  
③ Reflex AID sp: 1cas x 3/

④ Naturax gélule: 1gél le soir  
(مع كوب كبير من الماء)

Dr. Nadia ASSOUL

إقامة الوفاق عمارة 85 رقم 4 الطابق الأول - عين السبع - البيضاء  
Rés. Al Wifaq Imm. 85 N° 4, 1<sup>er</sup> Etage Aïn Sebaâ - Casablanca

Tél. : 05 46 19 85 20

Tél : 05 46 19 85 20

Promoplus Pharma

PPC = 65,00 DH