

# 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.

## 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.

## Education :

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 :

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- 0048122  
*(Handwritten note: 36901)*

Optique *(Handwritten note: 36901)*  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *10 13* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

*Houri Zahra*

Date de naissance :

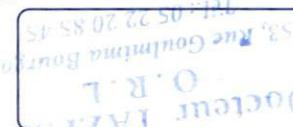
Adresse :

.....

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *29/07/2020*

Nom et prénom du malade : *Houri Zahra* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *A unicaux*

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) : .....

## 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
29	213A			
05	C2		300,00	DOCTEUR JEAN-PIERRE BOURGEOIS 05/07/2020
2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASA BAGL AV. Mohamed Ben Abdallah - Tel. 05 22 26 13 72	29/5/2008	115.80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

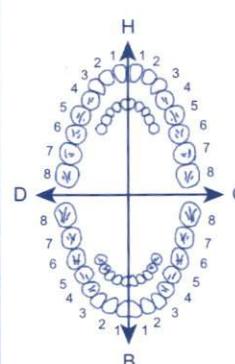
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



**[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

# Docteur Saâd TAZI

الدكتور سعد التازي

Diplômé de la faculté de Médecine de PARIS

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie  
des Oreilles, du Nez et de la gorge (O.R.L)

Medecine esthétique : DU de dermatologie interventionnelle

Diplôme en Oncologie de la Face et du Cou

Chirurgie plastique et réparatrice de la Face et du Cou

Diplôme dans le diagnostic et la rééducation des vertiges

Explorations fonctionnelles Oto-Neurologiques

Audiométrie - VNS - VNG - VHIT

Implantation Cochleaire

PHARMACIE EL MANAR

CASA S.A.R.L A.U.

48, Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne  
Casablanca - Tel. 05 22 26 13 72

PPV: 61DH50

PER: 02/23

LOT: J597

28,80

TOPSYNE GEL  
FLUOCINONIDE

25,50

6150

- Motric 15

288

- V. faeuul Fort

25,50

M.S. 11

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L A.U.  
48, Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne  
Casablanca - Tel. 05 22 26 13 72

(29)  
of

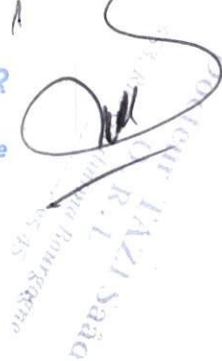
90 90

Houari Zahra.



3fes j

: application



653, زنقة كلامية، إقامة لوفر - بوربون - الدار البيضاء

653, Rue Goulmima Rés. le louvre Bourgogne - Casablanca

Tél./ Fax : 05 22 20 85 45 - sur rendez-vous

I.C.E : 001655341000095 - INPE : 091133900

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة

دبلوم أنكليزيا الوجه والعنف

**الطب التجميلي**

جراحة التقويمية والتجميلية للوجه والعنق

دبلوم في تشخيص وعلاج أمراض الدوخة وعدم التوازن

جراحة الصمم وزرع قوقعة الأذن