

# 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.

## Pathologie 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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:44917

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 463 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALOUI LATIFA ve YEMMI Date de naissance : 1946

Adresse : AZHARI II Rue 75 N°46 El Oulfa casa

Tél. : 0664772325 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/9/2022

Nom et prénom du malade : HALOUI LATIFA ve YEMMI Age : 79

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Demande grise

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
1/9/2025	e	G		Ministère de la Santé et de l'Assurance Maladie DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ Médecin : Dr DAEQUIR Signature : Youssouf

**Signature et signature du Médecin  
constituant le Paiement des Actes**

**Faïza DAEQUIR**  
**Médecin**  
**Mary Youssef**

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	Date	Montant de la Facture
SAINT-PIERRE ET MARYLLE PHARMACIE	11/09/80	443.70

~~CS. MOY~~  
nt de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

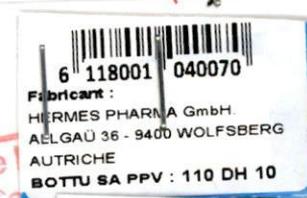
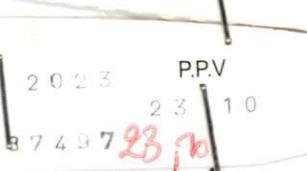
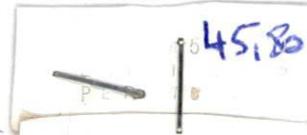
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

# ORDONNANCE

M<sup>e</sup> HALOOI CATIFA Veuve Hommi

Le: 1/9/22

- 1) Carbacyl 2amp s. (150mg)  
110.10 2cp/5 lemlav ptt 5
- 2) Oedes 2amp  
52.80 1cp/5
- 3) Lysanix 5gouttes  
23.10 5 gouttes
- 4) Glucovitamine D<sub>3</sub>  
110.10 1amp f
- 5) potassium Soap  
24.60 1cde x2



ASPEGIC 500MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 27DH20  
LOT : 19E005  
PER : 12/2021

ASPEGIC 500MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 27DH20  
LOT : 19E005  
PER : 12/2021

6 118000 061890

Maphar  
Km 10, Route Casablanca 111,  
Ql Zenata Ain Sabra, Casablanca  
Tenoretic 50mg/2.5mg  
b30cp mv  
P.P.V : 68,10 DH  
5 118001 182350

vermogal  
GEL ANTIPARASITAIRE  
PPV 19.00 DH  
LOT T153 PER 02/23

PHARMACIE SAIB  
Zakaria SAIB  
Docteur en Pharmacie  
154, Bd. Oued Daoura El Azzahri II  
Casablanca - Tel: 0522 91 16 64



Dr. Faiza DAFOURI  
Medecin  
CS. Moulay Youssouf

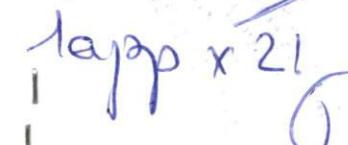


6) Aspegic sachet 100 mg  
27.20 x 2 1 sachet



7) --  
Tenoretic 50mg/2.5mg  
68.10 | acp 8

8) Nemofjal creé  
19.00 |  
1app x 21



1443.20