

## 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.

### Radiologie 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-475734

47487

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>9376</b>	Société : <b>RAH -</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>RAIS Abdelaziz</b>			
Date de naissance : <b>14/11/1968</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>718 00</b> Total des frais engagés : <b>718,00</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. SENHAJI Wassym</b>  <b>Gynécologue - Obstétricien</b>  <b>207-209 Bd. de la Résistance</b>  <b>Casablanca</b>  <b>Tél: 05 22 20 99 02</b> </div>			
Date de consultation : <b>16/09/2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>CHRAZI Nour</b>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Gynécologue</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>15 NOV. 2020</b>			
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 : **15/11/2020**

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
16 Sept 2020	CS		30000	INP : Dr. SENAYALI B. Gymnécologie Obstétricien INP 091128405 Résistance - Casab

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/09/2022	418.-

INPE 092.017.201

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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'ODP.

**STERILITE DU COUPLE (FIV,ICSI)**

الدكتور السنهاجي الغازي و سمع

أخصائي في أمراض النساء والتوليد  
خريج جامعة باريس

الجراحة النسائية - أمراض الثدي  
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

عقم الزوجين

Casablanca, le 16/09/2020

**CHRAIBI - RAIS Nawal**

**FERYL (boîte de 60)**

1 gélule x 2 par jour (loin du repas en général), pendant 1 mois

**TOTHÉMA**

1 ampoule, 2 fois par jour, pendant 10 jours

**Fpur (2 flacons)**

5 ml par jour

(bien secouer le flacon avant chaque utilisation), pendant 40 jours

**LUTENYL**

1 comprimé par jour le soir, pendant 10 jours

**EXACYL 500**

1 comprimé, 3 fois par jour, pendant saignements

PPC : 120.00 Dhs

PPC : 120.00 Dhs

Dr. SENHAJI RHAZI Wassym  
Gynécologue - Obstétricien  
INP : 091128405  
Tél. : 0522 209 902

PHARMACIE CAMELIA  
207, Rue Hassan II - Casablanca  
Tél. : 0522 27 17 07 - Casablanca  
www.mongyneco.ma