

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-452010

U7612

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : J61 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZIRANI MENNANA El BAHAR

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : 28 Rue Moussa Ben Ali Nalein CASA

Tél. 0662326022 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation : 20/11/20

Nom et prénom du malade : El BAHAR MENNANA Age : 71

Lien de parenté :  Soi-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite

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.

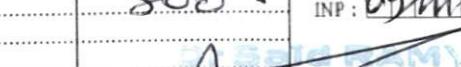
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : J. J.



## **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
20/01/20	15		300	INP : 09M8794  Dr. Omar Slaoui Casablanca Tel: 010 966 878

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CHAPELLE - PARIS DU 30/10/2020 PARIS 18<sup>e</sup> ARR</i>	30/10/20	748,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

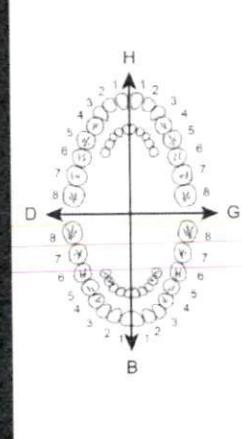
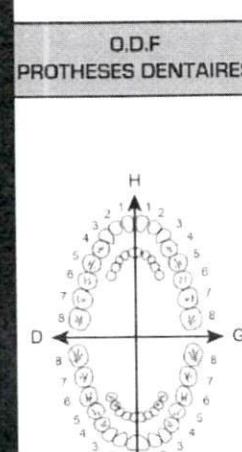
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b> $\begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \end{array} \quad \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \end{array}$ <hr/> <b>D</b> $\begin{array}{r} 00000000 \\ 35533411 \end{array}$ <b>G</b> $\begin{array}{r} 00000000 \\ 11433553 \end{array}$ <hr/> <b>B</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR SAÏD RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux de France

Enseignant à la haute Ecole de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatalogue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrales

Radiologie Osseuse



دُور سعيد الرامي  
لخصاصي

خريج كلية الطب بكليرسوت فرايبورغ فرنسا

طبيب معلن سابقاً بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة العليا

للتدريب الطبي

**لصرارض الروماتيات**

الدظام الناصل، المفصل

العمود الفقري والرجل

اللعنون بالأشعة

Casablanca, le 30/10/2000

Mr RAHIMAR

MOUNNA

22,80 Cortamyc 5 mg : 1/2 1/2  
x4 pris 1/2 . 2 min

137,00 Reumaderp : 1/2 3 min  
x3

{ 96,00 + 3 Diazol 20 gel 1/2 3  
- 30,00 -

- Disk 200 : gel le m au n

144,30 dm repas 20 1/2 /m  
x2

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

144,30  
144,30

Tél: 05 22 98 09 06 - Casab  
16, Rue Slaoui Casablanca  
PHARMACIE D'AMALI  
Pharmacie Universitaire Sante

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2

Said RAMY  
RHUMATOLOGUE  
Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél: 05 22 98 09 06

REUMADERP Capsules  
Contenu 16,35 g.  
LOT:  
PER:  
PPC: 137,00 DH

144,30  
144,30

REUMADERP Capsules  
Contenu 16,35 g.  
LOT:  
PER:  
PPC: 137,00 DH

GSM : 0661 42 78 23

0522 26 68 78 - الهاتف : 39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr