

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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 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

Nº P19- 055621

Optique ~~DSCEC~~  Autres

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4835

Société : L18614

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BRIBER

SAID

Date de naissance : 03/03/1957

Adresse : DB EL MANJR Rue TIN 43

Tél. : 06.66.18.87.18

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : 20/11/2020

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**RADIO LOGIE**  
Cachet de signature du  
Laboratoire des études du dialogue  
Ben MSik SA 10 MA 06 19 05 8  
19/21/22, Av. du 10 Mai 67  
IMP. 02.00.0654  
Tél. 05 22 81 67 05 06 19 05 8

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet du Secrétaire du Laboratoire et du Catalogue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Ben M'SIT SAÏD RADIX 21/22, AV. DU 10 Novembre 1954 05 22 87 67 06 108 09 00 654 INP - 09 00 654	19.11.10	Z 18	200DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H D	G	Coefficient des travaux
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Montants des soins
	B		Date du devis
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

**RADIOLOGIE**  
**BEN M'SIK - SIDI OTHMAN**

Dr. SOUAD CHRAIBI  
Dr. KHALID BENSOUDA  
RADIOLOGUES

- I.R.M sur RDV
- SCANNER
- RADIOLOGIE GENERALE
- ECHOGRAPHIE-ECHO-DOPPLER COULEUR
- MAMMOGRAPHIE
- OSTEODENSITOMETRIE
- PANORAMIQUE DENTAIRE
- CONE - BEAM



**الفحص بالأشعة**  
ابن امسيك - سيدى عثمان  
الدكتورة سعاد الشرابي  
الدكتور خالد بنسودة  
إختصاصيان في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 19/11/2020

Facture N° 07848\2020

Nom patient : **ZERRAD SAADIA**

Examen(s) réalisé(s) : **RX PANORAMIQUE**

Montant : **200 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

*19/11/22, Av. du 10 Mars Sidi Othmane  
Ben M'sik Sidi Othmane  
Tél: 05.22.37.67.05 / 05.22.37.67.05  
Fax : 05.22.38.23.67  
INP : 09000065A*