

## 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.

- 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° W19-585583

N D: 49856

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

10513

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

LouAFI

16/10/47/

LOT BLAD CHATA

0662569326

Tél. :

Total des frais engagés

359, 30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah TLEMCAJI  
Médecine Générale  
Echographie  
155 F - Casablanca - Tél: 05 22 90 33 95

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/12/2020

## **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
25.11.20	C		220,00	INP : 0910210613 Docteur Abdellah TLEMCAI Médecine Générale Signature H.Y.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. Fernand SELLIER PHARMACIE TOULOUSE TÉL. 05 34 20 05 22</i>	<i>25/11/2020</i>	<i>159,30</i>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533411	11123553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	

Dr. ABDELALI TLEMÇANI

MEDECINE GENERALE

Echographie

155, Avenue Afghanistan

Hay El Hassani - Casablanca

Tél. : 05.22.90.33.90

الدكتور عبد العالى التلمسانى

الطب العام

أمراض النساء والرجال والأطفال

الفحص بالتلفزة

155، شارع أفغانستان

حي الحسنى - الدار البيضاء

الهاتف: 05.22.90.33.90

25 NOV. 2020

LOURFI S.A.D  
Sargent

IB 20 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 58DH00 EXP 08/2023  
LOT 04070 2

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents  
PPV 73DH80 EXP 09/2022  
LOT 06043 6

27,50

Docteur Abdelali TLEMÇANI  
Médecine Générale  
Echographie  
155 A' Avenue Afghanistan H.4  
Casablanca - Tél: 05 22 90 33 90

58,-  
- Sanglier TAM S.V.  
73,80 My off 3x1  
- IXOR 20 (14) TAM S.V.  
27,50 My off 11  
- Sanglier TAM S.V.  
19 3x1 TAM S.V.  
T: 159,30

Pharmacie TAM  
302, Bd Ouled Sbibli - Oulfa  
Dr. Benmami Jaafar  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 90 18 99

المرجو إحضار الوصفة عند المراقبة