

# 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.

## Diagnostique 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.



54716

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024361

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELAICH ABDELKADIR Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0661 39 09 44 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 28/10/2020  
Nom et prénom du malade : SAMIR SAHAR Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète - Hémoglobine A1c élevée  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Diabète malade  
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) :

### RELEVÉ 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
<b>Dr. Aouatif HAMOUN</b> Lot EA 257 Immeuble N° 1 Pôle Urbain de Nouaceur Casablanca - T.M. 33 33 24 00	28 OCT 2020	609,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

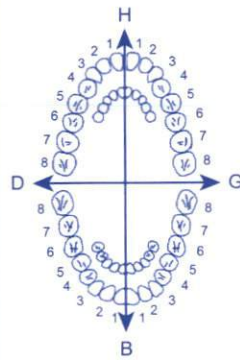
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

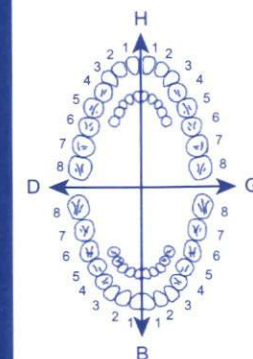
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

**[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du centre régional  
de Diabétologie

Sur rendez-vous

Casablanca, le :

الدكتورة خديجة الشراكاوي زهواني

اختصاصية في السكري وأمراض الغدد  
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي  
لأمراض السكري

بالموعد

الدار البيضاء، في :

NOVARY Samira

3 x 13,40

LevoThyrox

4 x 6,80

LevoThyrox

3 x 20,90

vit D3 B

Dr. Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI  
Spécialiste Endocrinologie  
Diabétologie

100, Résidence Al Ofaq Bd. Oum Rabii  
Oulfa - Casablanca Tél: 0522 80 79 34

100, Résidence Ofok - Bd Oum Rabii - Oulfa - Casablanca

رقم 100 إقامة الأفق - شارع أم الربيع - الألف - الدار البيضاء



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/18 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

6 118001 272228

PPV: 20,90 DH

3x 54,20

**PHARMACIE AL MADINA MONAORA**  
**Dr. Aouatif HAMDOUN**  
 Lot. EA 257, Immeuble N° 1  
 Pôle Urbain de Nouaceur  
 Casablanca - Tél. 0522 53 94 01

6 x 22,80

124,00

609,60

Cardensiel

Aspirine

Gin Day

**PHARMACIE AL MADINA MONAORA**  
**Dr. Aouatif HAMDOUN**  
 Lot. EA 257, Immeuble N° 1  
 Pôle Urbain de Nouaceur  
 Casablanca - Tél. 0522 53 94 01

6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 54,10 DH

**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 54,10 DH

**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 54,10 DH

LOT : 20E007  
 PER.: 09 2021  
**ASPERIC 100MG**  
**SACHETS B20**  
 P.P.V : 21DH80  
 6 118000 061113

LOT : 20E007  
 PER.: 09 2021  
**P.P.V : 21DH80**  
 6 118000 061113

LOT : 20E007  
 PER.: 09 2021  
**P.P.V : 21DH80**  
 6 118000 061113

LOT : 20E007  
 PER.: 09 2021  
**P.P.V : 21DH80**  
 6 118000 061113

LOT : 20E005  
 PER.: 09 2021  
**P.P.V : 21DH80**  
 6 118000 061113

LOT : 20E007  
 PER.: 09 2021  
**P.P.V : 21DH80**  
 6 118000 061113

1671737

**Ginmag B6 10 Ampoules**  
 PPC : 124.00

Ut Av	Lot :
07/2024	20/306

**IPHADERM**

Batch n°  
 nmer de préférence avant fin / Best  
 ion Ministère de Santé : N°DA 2015

LOT : 20E010  
 PER.: 02 2023  
**METFORMINE WIN 500MG**  
**CP PEL B30**  
 P.P.V : 10DH40  
 6 118000 062127

LOT : 20E008  
 PER.: 02 2023  
**METFORMINE WIN 500MG**  
**CP PEL B30**  
 P.P.V : 10DH40  
 6 118000 062127

LOT : 19E004  
 PER.: 11 2022  
**METFORMINE WIN 500MG**  
**CP PEL B30**  
 P.P.V : 10DH40  
 6 118000 062127

LOT : 19MA041  
 PER.: 05 2022  
**METFORMINE WIN 500MG**  
**CP PEL B30**  
 P.P.V : 10DH40  
 6 118000 062127

LOT : 20E011  
 PER.: 03 2023  
**METFORMINE WIN 500MG**  
**CP PEL B30**  
 P.P.V : 10DH40  
 6 118000 062127

LOT : 20E012  
 PER.: 05 2023  
**METFORMINE WIN 500MG**  
**CP PEL B30**  
 P.P.V : 10DH40  
 6 118000 062127