

## 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° W19-453464

56226

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 1776      Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : ZOUGGABI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384      Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/2021      Age :

Nom et prénom du malade : Bencheikh Rassia

Lien de parenté :  Soi-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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) :

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/01/21

442,10

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant  
des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature  
du Particulier

Date des  
Soins

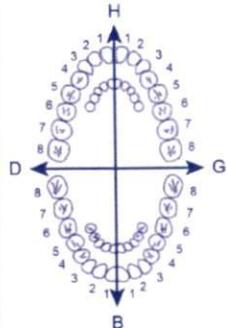
Nombre

AM PC IM IV

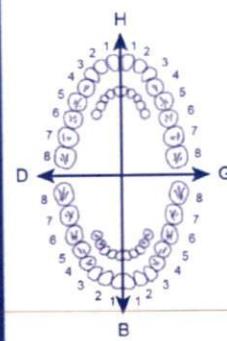
Montant détaillé  
des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous  
les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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



6402

Casablanca le : .....  
18 janvier 2021

BENCHERIF Radia

125,00 + 2

AZOPT COLLYRE (Brinzolamide)



19210

1 goutte 2 fois par jour



DUOTRAV

1 goutte Le Soir

+ 2

THÉALOSE

1 goutte 4 fois par jour

PHARMACIE LA ROTONDE  
Leïla Menjra  
100, Bd. Abdelloumen  
Casablanca - Tél: 05.22.23.47.76

Traitement pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

442,10

Urgence 24/24



6 118001 070114  
Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

AMM N° 223 DMP/21/NRQ

PPV : 125,00 DHS

446372



6 118001 070114  
Laboratoires Sothema Bouskoura

AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

AMM N° 223 DMP/21/NRQ

PPV : 125,00 DHS

446372

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution, 2,5 ml

Boîte de 1 flacon

Sothema Bouskoura

AMM N° 591/18 DMP/21/NRQ

PPV 192,10 DH



6 118001 071340