

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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.



complément Déclaration de Maladie

Nº P19- 066552

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3140

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre : 58 332

Nom & Prénom : BENHIMA HASSAN

Date de naissance : 05/11/56

Adresse :

Tél. : 0673744333

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le 01/10/2021



CNIA SAADA
Assurance



CNIA SAADA
Assurance



Recommandations Importantes

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives : factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférents qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises à la Compagnie dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En Cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la Feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis à la compagnie dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de la compagnie
- ALD-ALC : afin de pouvoir bénéficier des avantages correspondants à cette catégorie d'assurés en terme de remboursements, l'adhérent doit déclarer la maladie à l'assureur en remettant à l'un des agents gestionnaires les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC - 2-Pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3-les résultats des explorations
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés ne sont pas acceptées.

VOLET DÉTACHABLE
Feuille de soins
N° 6327749

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'agent gestionnaire

Matricule :
N° RCAR :
Nom et prénom de l'assuré(e) :

Date de consultation :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :



Feuille de soins et prestations médicales

N° 6327749 A

Maladie

Maternité

ALD - ALC

Accident

Renseignements concernant l'assuré(e)

Matricule :

N° RCAR : 588319098

Centre de gestion :

Nom : DEMNI Prénom(s) : SALOUA

N° de C.I.N : ASS939

Adresse : 40 Rue de la Réunion Bongarre
Appart 4. 2^e étage Ville : CASABLANCA

Montant des frais engagés : DHS GSM : 0673744333

Renseignements concernant le médecin

Médecin traitant :

N° INP: 1111111111

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

Fait à : 29/12/20 le a CASABLANCA

Signature de l'assuré(e)

SALOUA.

CNIA SAADA Assurance. Société anonyme d'assurances et de réassurance au capital social de 411.687.400 de DH. Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances • siège social 216, Boulevard Zerkouni - 20 000 Casablanca Maroc • RC Casablanca : 22.341. CNSS : 167.8541 • Taxe professionnelle : 355.11.249 - IF : 01084025 - Tél. : 0522 47 40 40 • Fax : 0522 20 60 81 • www.cniasada.ma

2

VOLET DÉTACHABLE
Feuille de soins
N° 6327749

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

Matricule :
N° RCAR : 588319098
Nom et prénom de l'assuré(e) : DEMNI/SALOUA



Date de consultation : 29/12/20
Total des frais engagés : 1259 DH
Date de dépôt :

À remplir par le Médecin

Renseignements concernant le patient

Nom du patient : Demni Prénom(s) du patient : Salwa
 Date de naissance : Lien de parenté avec l'assuré(e) :
 Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel au médecin conseil de la compagnie.
 S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : Sd Segnessif
 Fait à :, le

Détail des soins (à remplir par le Médecin)

Date des actes médicaux	Nombre d'actes	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
09 DEC 2020	Consult psych		350,-	Dr. TYAL MOHAMED NACHACHE Psychiatre INPE 1091137646 ref. 12522 05 15 15

Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien et/ou l'Opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture
09/12/20	279,70 M	
09/12/20	636,30	



Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Coefficients et valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

- Devis Nombre de séances : Établi le :
- Facture Nombre de séances : Établie le :

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance

Médecin conseil	Fiche dossier

Exemplaire à conserver par l'intermédiaire.

Casablanca, le 09 décembre 2020

Mme DEMNI SALOUA EPOUSE BENHIMA

77,60 TERALITHE 250 MG COMPRIME SECABLE

67,60

1 cp le matin, 2 cps le soir

SEROQUEL COMPRIME 25 MG

351,70 1 cp si besoin

ALPRAZ 1 MG COMPRIME

189,10 X 2 1/2 cp le matin, 1/2 cp à midi, 1 cp le soir

TUNELUZ 20 MG GELULE

01B
010

20363

01B
010

47,90 X 2 1 cp le matin, 1 cp midi

90362

ANAFRANIL 25 MG COMPRIME ENROBE

213,50 1 cp le matin, 1 cp le soir

20361

AVLOCARDYL COMPRIMES SECABLES

1/4 cp le matin, 1/4 cp le soir

S.V

1,20 STILNOX CR 12,5 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE

1 cp si réveil nocturne

55,00 IPP 20 MG COMPRIME

1 cp le matin

S.V

272,70

79,00 SUPRADYN BOOST COMPRIME EFFEREVESCENT

1 cp par matin

Traitement 10 jours

Dr. TYAL Mohamed Hachem
Psychiatre

INPE : 091137646

Tél. : +212 522 05 15 15



ALPRAZ 0,5 mg et 1 mg

Com

Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice pour la faire connaître aux autres personnes qui pourraient prendre ce médicament.

Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'information à votre pharmacien.

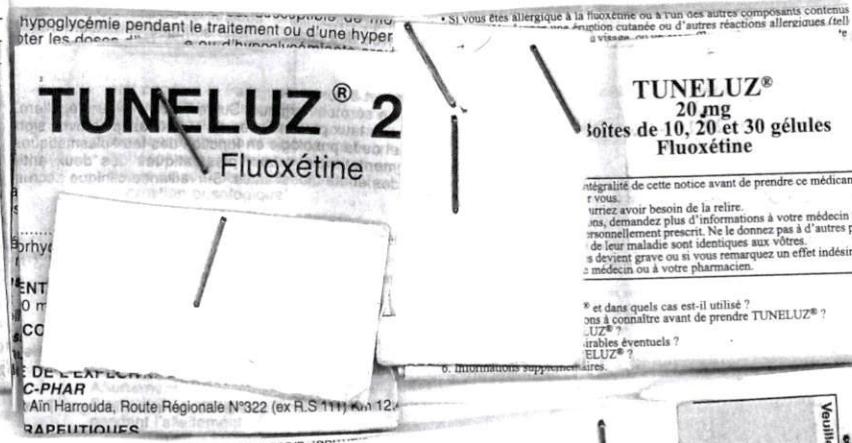
2. QUELLES SONT LES INFOS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE CE MEDICAMENT?

LOT : 201643 EXP : 07/2023 P.P.V : 35,70 RAZ

ALPRAZ 0,5 mg et 1 mg

PPV : 29,90 DH
LOT : CBO00394
EXP : 05/2022

SUPRADYN



Dénomination du médicament :
Anafranil® 25 mg
Dragées Boîte de 28
Clomipramine

Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament.

Gardez cette notice pour la faire connaître aux autres personnes qui pourraient prendre ce médicament.

Ce médicament vous a été prescrit pour traiter une maladie. Il pourrait leur être nocif, même si ces personnes ont une maladie identique aux vôtres.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre pharmacien ou à votre pharmacien.

Lot : M20071-23
Exp : AVR 2023
PPV : 47,90 DH

Dosser : 63277249
Du 09/12/20

Dénomination du médicament :
Stilnox® CR
tartrate de zolpidem
Comprimés pelliculés

LISEZ ATTENTIVEMENT LA NOTICE D'UTILISER LE MÉDICAMENT.



Stilnox CR est un somnifère utilisé dans les formes d'insomnies sévères.

De quoi faut-il tenir compte en dehors de la posologie ?

Stilnox CR ne doit être employé qu'en cas d'insomnie temporaire, pendant une brève période, en général moins de 4 semaines.



Prestations médicales

Groupe OCP

الخدمات الطبية

Décompte de remboursement du mois de décembre 2020 OCP

مراجع التعويض عن المرض لشهر دجنبر 2020

Matricule: 5883190980

DEMNI SALOUA

40 RUE DE LA REUNION APP NO 4
2EME ETAGE BOURGONE
CASABLANCA
CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيدي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:

نحيطكم علما اننا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب المرساج المفصلة كما يلى

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
6327749	Agent	CONS PROF JOUR C3	1	350.00	190.00	28/12/2020	Virement
6327749	Agent	PHARMACIE	1	909.00	664.00	28/12/2020	Virement

Total remboursement du mois de décembre 2020 : 854.00 Dh 2020 مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر دجنبر 2020

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agrérer,
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي فائق عبارات التقدير و الإحترام.