

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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.

## Adresses Mails utiles



### Déclaration de Maladie

N° P19- 057485

Maladie     Dentaire     Optique    59512     Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518    Société : .....

Actif     Pensionné(e)     Autre : .....

Nom & Prénom : NAJIM ABDESLAM

Date de naissance : 17/12/1952

Adresse : .....

Tél : 0629792821    Total des frais engagés : 6477,-    Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Mostafa BENMIMOUN

MEDECINE INTERNE

Cachet du médecin : 27, Rue Ilya Abou Madi (Bd 8 Roudani) Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

Date de consultation : 23 JAN 2021

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

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : Troubles métabolique

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) : .....

### 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
23 JAN. 2021	cs	C2	4300,00	

Docteur MOHAMED EL MOUDOU  
 MEDECIN DENTISTE  
 27, Rue Ilyssa Abou Mousa  
 Casablanca - Tél: 0522 29 82 26  
 05165298

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/2021	6177,00

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et le soin 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 <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									
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>									

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336 001 102020  
hyrox® 100 µg,  
nés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342 01 102020  
rox® 100 µg,  
s sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342 18001 102013  
rothyrox® 50µg,  
rimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

& Marie Curie  
culté de Médecine Saint-Antoine-Paris

خوبج جامعة بيار و صاري كوري  
كلية الطب سانت - أنطوان - باريس

الطب الباطني - الأمراض المجموعية - الأعراض الكبرى - أمراض العظام و المفاصل - أمراض الشرايين  
de systèmes - Maladies polyviscérales - Grands syndrômes - Rhumatologie - Pathologie vasculaire

Casablanca le, ..... 23 JAN. 2021 .....

1171,00 x 3  
①

M<sup>uw</sup> = NAJIM Laura

**S.V.**  
Trulicity 1,5

1 injection s/c par semaine

437,00 x 5  
②

**S.V.**  
Janumet 50/1000 x 03 mo

244,40 x 5  
134,40 x 5  
③

**S.V.**  
Levothyrox  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

**S.V.**  
100 + 50 } 150 µg le matin a j

58,00 x 5  
617,00  
④

**S**  
Onifine crème 405  
Application locale

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020  
Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

**MIDA PHARMACIE**  
Rue 1100 Complexe Commercial  
Casablanca  
Tél: 0522 727272  
06 03 30 93 14

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 268/19/DMP/21/NRO.  
P.P.V: 437,00 DH.

LOT: 040  
PER: MAR 2023  
PPV: 58 DH 00

LOT: 040  
PER: MAR 2023  
PPV: 58 DH 00

LOT: 037  
PER: SEP 2022  
PPV: 58 DH 00

LOT: 033  
PER: MAR 2022  
PPV: 58 DH 00

LOT: 037  
PER: SEP 2022  
PPV: 58 DH 00

Docteur Mostafa BENMIR  
MEDECINE INTERNE  
Rue Ilyia Abou Madi Bd B.  
Tél: 0522 727272

TRULICITY 1,5 mg SOTHEMA

Solution injectable (S.C.)

Stylo pré-rempli de 0,5 ml de solution.

Boîte de 4

AMM N° 93 DMP/21/NNP PPV : 1171,00 DH



6 118001 072491

TRULICITY 1,5 mg SOTHEMA

Solution injectable (S.C.)

Stylo pré-rempli de 0,5 ml de solution.

Boîte de 4

AMM N° 93 DMP/21/NNP PPV : 1171,00 DH



6 118001 072491

TRULICITY 1,5 mg SOTHEMA

Solution injectable (S.C.)

Stylo pré-rempli de 0,5 ml de solution.

Boîte de 4

AMM N° 93 DMP/21/NNP PPV : 1171,00 DH



6 118001 072491