

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## phacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## ique :

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 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.

## aladie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5149 Société : 61097

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YASSINE

Date de naissance : 01-07-16

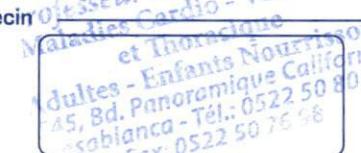
Adresse : Avy Aley Alkellah Rue 725 33

Tél. : 06644136

Total des frais engagés : 100000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/2021

Nom et prénom du malade : BEN S. G. TIR M. K. Age : 59 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA sévère douleur au cœur

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 :

23/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : S. G. TIR

### 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
23/2/2021	CS ECG	Sauv. Km	300.00	DR. BENCHIKH B. Dr En Pharmacie Hay Moulay Abdellah Rue 75 CASA 101 0522 50 24 80

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HNES DR BENCHIKH B. Dr En Pharmacie Hay Moulay Abdellah Rue 75 CASA 101 0522 50 24 80	23/2/2021	479.00

### 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	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		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



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء " Clinique " Californie "

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h  
مستعجلات 24/24 ساعة

23 Février 2021

Mme Malika BENGHIR

23, 80x3

As kantil 160 mg (p.h)

41, 80 AV lo aantyl long 1/2 gyle mat

\* Pregan 100 mg 1 gyle mat.

32, 50x3 Dogmatil 50 mg 1 gpx3 h suank lejje

81, 50x3 Natrixam 1/10mg 1 gyle 106

474, 40

Transtene

Neuroventilab

Zmari

PHARMACIE INES

صيدلية إنس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
Casablanca - Tel: 0522 50 24 80

MXGS037

NATRIXAM 1,5 mg / 10 mg  
30 comprimés à libération Modifiée

6 118001130191  
PPV : 87,50 DH

0

Lot : 202009  
P.F. : 08/2023  
Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
6 118000 061199

Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90

6 118000 061199

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850

P.P.V : 41DH80

6 118000 010227

0

Pr Béchir

0

Maladies et Cardio - Vasculaires  
Maladies - Enfants - Malformations  
Jultes - Panor - For 0  
Robianzo - For 0

0

Lot : 202009  
P.F. : 08/2023  
Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
6 118000 061199

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545, Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - الهاتف : 0522 50 76 98 - Fax: 0522 50 80 80

العنوان الإلكتروني : cliniquecalifornie@menara.ma

NATRIXAM 1,5 mg / 10 mg

30 comprimés à Libération Modifiée

MAXSOPH

6 118001130191

PPV : 87,50 DH

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 10/2022

LOT 04009 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 10/2022

LOT 04009 2

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 23DH80

EXP 10/2022

LOT 04009 2